WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
WelMOmec

BULLETTINO

DELLE

SCIENZE MEDICHE

PUBBLICATO PER CURA

DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

e compilato dai soci

BRUGNOLI CAV. PROF. GIOVANNI — DIRETTORE

BACCHI DOTT. ALESSANDRO
BELLUZZI DOTT. CESARE
CAPURI DOTT. ANTONIO
CORAZZA DOTT. LUIGI
GIOVANINI DOTT. ANTONIO
GOLINELLI DOTT. LEOPOLDO
PILLA DOTT. GIOVANNI VICE-DIRETT.
RIZZOLI COMM. PROF. FRANCESCO
VELLA PROF. CAV. LUIGI
ZANI CAV. DOTT. IGNAZIO

Anno XLII. Ser. V. Vol. XI.

Giugno 1871

(pubblicato li 17 Luglio 1871)

BOLOGNA
TIPI GAMBERINI E PARMEGGIANI
1871

DICE DELLE MATERIE

CONTENUTE

NEL FASCICOLO DI GIUGNO 1871

MEMORIE ORIGINALI

Due casi di neuroma cerebrale. — Taruffi *Prof.* Cesare . . pag. 401
Della cura sintomatica di alcune malattie nervose col bromuro di potassio. — Raggi *Dott.* Antigono . . . . . » 416
Dei punti dolorosi nelle malattie croniche del ginocchio. — Ruggi *Dott.* Giuseppe . . . . . » 432

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

Osservazioni sui punti dolorosi del torace nei loro rapporti colla tubercolosi polmonare. . . . . . » 470
Sulla produzione dell' emorragia, anemia, edema ed enfisema nei polmoni dietro offesa alla base del cranio . . . . . » 472

VARIETÀ

Sopra i cinque quesiti proposti dal IV Congresso dei medici italiani in Venezia pel riordinamento degli studi medici in Italia. Festler *Dott.* Francesco Saverio (continuazione e fine) » 473

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. WelMOmec
Coll.
No.

MEMORIE ORIGINALI

Due casi di neuroma cerebrale. — Comunicazione del Prof. *Cesare Taruffi.*

Osservazione 1ª — Il Dott. *Santini* ci inviava dal Ricovero ai 3 Febbraio 1871 due tumori nell' alcool accompagnati da una cortese lettera, da cui ricaviamo le seguenti notizie. — Fanfani Giovanni d'anni 5, nato da genitori d' aspetto sano, sebbene avessero sofferto varie volte di malattie celtiche, presentava la nutrizione generale florida, forme regolari nel corpo, eccetto il capo che era molto voluminoso. Fino al 3° anno il bambino godette perfetta salute, quando in quell' epoca fu colpito dalla rosolia, che ad onta del corso regolare della medesima, lasciò al fanciullo una notevole debolezza nei movimenti del lato sinistro del corpo ed iperestesia nella stessa parte. Siccome tali fenomeni in luogo di scemare col tempo divenivano più intensi, così nell' Agosto del 1870 fu accolto il medesimo nel R. Istituto di Mendicità di Bologna, ove principiarono i detti fenomeni anche a manifestarsi sul lato destro e poscia fare rapidi progressi, in guisa che il fanciullo senza l' aiuto degl' infermieri non poteva più muoversi. A questo grave stato si complicava una iperestesia generale che giunse a convertire le impressioni tattili, anche leggiere, eseguite in qualunque punto della cute in sensazioni dolorose. Tutti gli altri sensi però funzionavano normalmente, e le facoltà intellettive non avevano perduta la loro alacrità, essendo il fanciullo d' ingegno svegliato.

Nel Dicembre principiò a manifestare uno stato paralitico all' intestino retto ed alla vescica, poscia divennero ottuse le percezioni, finalmente l' infermo si fece comatoso e morì il 30 Gennaio 1871.

La sezione della testa mostrò una mediocre stasi all' aracnoide, idropisia e dilatazione dei ventricoli laterali del cervello, rammollimento dei centri semiovali di Vieussens, un grosso tumore profondo nella sostanza cerebrale che sollevava il corpo striato ed il talamo ottico destro ed un piccolo tumore innicchiato nel margine anteriore del lobo destro del cerveletto. Nel rimanente del corpo nulla di notevole.

Dopo aver preso notizie dei dati storici venimmo tosto all' esame del tumore più grosso (cerebrale), il quale presentava i seguenti caratteri: è desso grande approssimativamente quanto una noce (avendo il diametro maggiore lungo 3 centim. ed il diametro trasversale lungo 2), ma diferisce totalmente nella figura dalla medesima, essendo bernocoluto in più parti, specialmente ad una estremità, con solchi interposti alle prominenze. La superficie del tumore è bianca simile al color del latte, umida, scorrevole al tatto, di mediocre consistenza, non elastica, levigata imperfettamente, per la presenza di punti leggermente scabri, specialmente fra i solchi, formati da brevi fibrille troncate, e ratratte su se stesse. Merita poi attenzione una specie di fiocchetto di tessuto molle, di figura irregolare, situato in una depressione esistente ad una estremità del tumore fra tre bernocoli. Le superficie risultanti dai tagli presentano gli stessi caratteri già annunziati risguardo all' esterno del tumore, con questa sola differenza che desse essendo perfettamente levigate e piane dimostrano con maggiore evidenza l' analogia del neoplasma colla sostanza bianca cerebrale. Finalmente merita nota che il tumore nè all' esterno, nè all' interno non offre ad occhio nudo alcun indizio di struttura.

Sottoponendo al microscopio i preparati ricavati dal tumore in diversi punti ed in diverse direzioni e trattati con alcuni mezzi rischiaranti (soluzione d'A. acetico, liquido di Beale, soluzioni di Moleschot) non si vede generalmente che uno strato di sostanza grigia piena di granulazioni irregolari, analoghe a quelle della fibrina, colla differenza però che le prime sono molto più scure delle seconde, che aumentando la distanza focale dell' oggetto diventano molto più splendenti, e che resistono fortemente all' azione dell' A. acetico. In ogni preparazione però si trova un qualche tratto in cui le granulazioni sono riunite in serie fra loro distinte da sottili spazi pallidi, longitudinali, in guisa che lo accumulo dei granuli costituisce tante striscie scure, per brevi tratti paralelle.

Trattando i preparati col carmino le granulazioni non si mostrano

più così distinte e salienti come nello stato antecedente, ma continue colla sostanza interposta; desse più non si presentano grigio-scure ma invece rosso-scure, e la sostanza pallida interposta si mostra parimenti rossa, però con minore intensità; finalmente i granuli in luogo di apparire disgregati, senza alcun ordine, si presentano generalmente riuniti in tante piccole masse piuttosto irregolari, circoscritte da confondersi talora con grosse cellule granulose, se la mancanza del nucleo non facesse evitare l' equivoco (Vedi Fig. 1, *a*; ricavata mediante il Micr. d' Hartnack *x* 450). In questi stessi preparati s' incontrano sovente alcuni punti in cui coteste masse sono disposte linearmante ed in fili paralelli, per cui si desume che una struttura esista anche nel suddetto tumore; ma questa non si riscontra che in pochi tagli fortunati qualunque sia il mezzo rischiarante adoperato (però con maggiore evidenza servendosi dell' acido nitrico allungato, o del cloroformio), ogniqualvolta cioè accidentalmente il coltello tagli paralellamente all' andamento degli elementi.

In questi tagli si vedono grosse fibre, separate fra loro da un sottile spazio pallido, con contorni scuri e continui, piene delle masse granulose sopranotate, le quali non presentano un tutto omogeneo e continuo, ma piuttosto la forma d' aggregato meccanico entro un involucro (Fig. 1, *b*, *b*). Coteste fibre hanno un andamento ondulato, non corrono paralelle per lungo tratto, ma si sormontano e talora si divaricano per dar passaggio ad altre fibre che vanno in direzione perpendicolare rispetto alle prime (Fig. 1, *c*, *c*). Non presentano un tessuto interstiziale, non la divisione in fasci, non un doppio contorno, nè il cilindro asse, tuttavolta non si può dubitare che desse siano fibre nervose mielliniche, perchè niuna altra sostanza piglia l' aspetto suddetto cioè della miellina coagulata. Stabilito questo concetto, si rende anche ragione come il taglio cadendo in direzione trasversale od obliqua all' andamento delle fibre dovesse recare aspetti così diversi fra le singole preparazioni e fra le diverse parti d' uno stesso preparato, finalmente come il più delle volte i reagenti rischiaranti rendendo invisibili i contorni, non lasciassero ostensibili che le granulazioni e la sostanza interposta.

L' esame microscopico mostra in oltre che il fiocchetto molle aderente al tumore soperiormente avvertito è formato da delicate e numerose fibrille di tessuto connettivo alle quali aderiscono frequenti cellule, di cui non è bene evidente che un gran nucleo rotondo mentre il protoplasma è esilissimo, trasparente, senza confini decisi ed uniformi, disposizione che si ripete ancora nelle corte fibre, già notata sulla superficie esterna del neoplasma. Ma ciò che più interessa si è che fra le maglie di

connettivo che costituiscono il fiocchetto si trovano grosse fibre nervose ricche di miellina piegate sopra se stesse che si continuano col tumore. Ora considerando la forma di quelle cellule egli è permesso d' indurre che il tessuto areolare che le sopporta non sia che nevroglio, è permesso inoltre il sospettare che quelle grosse fibre nervose siano l' anello di congiunzione fra il tessuto materno (cervello) ed il neoplasma, per cui quest' ultimo non abbia avuto origine dalla trasformazione progressiva d' un altro tessuto inferiore, come sarebbe l' embrioplastico (1), ma derivi dall' allungamento e dal ravvolgimento su loro stesse d' alcune fibre errattiche della sostanza midollare del cervello.

Il secondo tumore che aveva sede nel cervelletto è grande come una giugiula, ha una forma discretamente ovoide, non presenta una superficie perfettamente levigata, ma neppure i bernocoli dell' altro neoplasma, offre pur esso le sparse fibrille troncate, e ad una estremità del suo diametro offre una piccola cresta molle, che è fornita degli stessi caratteri microscopici rinvenuti nel fiocchetto dell' altro tumore. Ha pure di comune con quest' ultimo tutti gl' altri caratteri fisici, ma microscopicamente presenta una particolarità interessante e cioè che non tutte le fibre presentano un neurilema omogeneo, discernibile mediante i contorni scuri, ma molte di esse offrono numerose cellule poste sulla loro superficie, di diversa grandezza, con nucleo evidente e protoplasma trasparentissimo (Fig. 2, *a*, *a*). Ora nasce una domanda: da dove nascono le suddette cellule? Se tra le fibre nervose del tumore esistesse il nevroglio, si potrebbe dubitare che appartenessero ad esso, ma le nostre ricerche non hanno permesso di rinvenire quel tessuto che alla superficie d' ambedue i tumori, per cui è necessario ricorrere alla preesistenza dei nuclei nel neurilema come lo induce la sede, tanto più che dessi sono stati rinvenuti anche fisiologicamente nei plessi nervosi.

Osservazione 2ª — Il Dott. *Zani* m' inviava dal Manicomio il 1° d' Ottobre 1868 una testa accompagnata dalla seguente lettera. — « Generali Filippo, di Zola Predosa, d' anni 38, contadino, ammogliato, da 11 anni epilettico, entrò nel Manicomio il 24 Agosto 1868, senza essere

——

(1) La dottrina che attribuisce l' origine d' alcuni neuromi alla metamorfosi delle fibro-cellule, l' abbiamo esposta parlando dei neuroma cirsoidei (Vedi Bullettino ecc. Ser. 5ª Vol. 10, pag. 94).

accompagnato da medica relazione. Nel suo ingresso era già in istato d' avanzata demenza, e soffriva ogni giorno ripetute ed intense convulsioni, fino al numero di 20, più tardi divenne apoplettico e morì al 31 Settembre. La prego di esaminare il cervello, mancando noi per ora di camera anatomica. »

L' esame del cranio non offrì alcuna cosa notevole. L' aracnoide ed i seni della dura madre presentavano una abbondante stasi. La consistenza ed i caratteri estrinseci del cervello e del cervelletto non erano alterati, così pure della superficie dei ventricoli cerebrali, ma nel piano inferiore del corno posteriore del ventricolo destro si rinvennero 14 eminenze mamillari di diversa grandezza (del volume d' un seme di canepa a quello d' un grosso pisello), che si estendevano fino al fondo, con superficie bianca, liscia, alquanto più molle della sostanza cerebrale.

Indurito nell' alcool il cervello e poscia tagliata trasversalmente la parte inferiore del lobo posteriore, precisamente ove finisce il talamo ottico, si rileva che la distanza dal piano del ventricolo alla superficie inferiore del cervello, in linea perpendicolare, è di 2 centim. (quindi la distanza è aumentata dal normale) e si vede manifestamente che la sostanza midollare cerebrale non giunge al piano del ventricolo, ma si arresta alla distanza di 6 millim. ed in suo luogo havvi uno strato di sostanza grigia, la quale dal lato che è in contatto colla sostanza midollare ha la forma convessa (Fig. 3, *a*), ma sulla superficie non ripete la stessa forma, dando luogo alle eminenze mamillari (Fig. 3, *b*). Egli è poi notevole che le eminenze non hanno una superficie grigia, ma bianca per uno sottilissimo strato di sostanza midollare che le ricopre.

Esaminando un taglio felice delle suddette eminenze si riconosce che desse sono costituite esenzialmente da fibre nervose mielliniche, che hanno un andamento ondulato e tortuoso, le quali si possono seguire per breve tratto venendo sormontate da altre (Fig. 4, *a*, *a*), però verso la superficie le fibre si fanno paralelle ed il neurilema è fornito d' alcune cellule con grosso nucleo, senza che si possa distinguere in nessun luogo un tessuto interstiziale (Fig. 4 *b*, *b*). Il fatto però più importante si è che ove le fibre hanno un andamento serpiginoso, cioè inferiormente ai tubi paralelli, desse lasciano dei grandi spazi piuttosto allungati, in cui giacciono delle grosse cellule, con un nucleo manifesto, di rado posto nel centro, ed il di cui protoplasma pallido, sottilmente granuloso, ha una figura irregolare, ma nello stesso tempo caratteristica, presentando ai poli generalmente due prolungamenti più o meno estesi, talvolta uno soltanto (*cellule nervose*) (Fig. 4, *c*, *c*, *c*).

Per stabilire l' importanza anatomica di queste due osservazioni, non havvi mezzo più acconcio che confrontare le medesime con le descrizioni dei fatti congeneri. Ma questo compito per parte nostra sarebbe stato molto arduo, e forse senza risultato, se *Virchow* non avesse in proposito già raccolte le poche e disperse osservazioni, e riunite alle proprie, iniziato lo studio dei neuromi cerebrali. Egli è dunque indispensabile far precedere un frammento dell' opera di *Virchow* (1), per avere una cognizione adeguata dallo stato della scienza su questo argomento.

« I neuromi centrali sono forse sempre congeniti; e coincidono non raramente con altri processi morbosi, dei quali almeno una parte è di una decisa origine irritativa. La maggior parte delle osservazioni di questa specie si riporta alla superficie dei ventricoli cerebrali, sulla quale protrudono (e ciò più spesso nell' idrocefalo congenito) alcuni noduli di sostanza nervosa, separati e bastantemente distinti dalla circostante massa cerebrale; noduli che bisogna ben distinguere dai noduli di sostanza gliosa dell' ependima. Si osservano precisamente in quei punti ove la superficie del ventricolo, normalmente decorre liscia ed omogenea, cioè all'infuori dei limiti dei corpi striati e dei talami. La mia attenzione (2) su tale stato fu risvegliata dapprima da un caso, nel quale trovai nei luoghi ove normalmente evvi solo sostanza bianca, dei piccoli tumori di sostanza grigia. Si trattava di un idiota di 27 anni, proveniente da una contrada ove abbondano i cretini (Franconia inferiore), fino dal 2° anno di vita epilettico e che diventò in seguito paralitico e

---

(1) *Virchow*. Krankhaften Geschwülste. Vol. III. pag. 266.

(2) *Virchow*. Würzb. Verhandl. 1851. Bd. II. S. 167. Gesammelte Abhandl. S. 998.

nel quale si rinvenne oltreciò un idrocefalo ventricolare rilevante. I tumoretti erano semisferoidali, variavano nella grossezza da un mezzo seme di fava, a mezzo nocciolo di ciliegia, lisci, molli, grigi o rosso-grigiastri, discretamente numerosi, alcuni isolati, altri a gruppi. Di essi alcuni occupavano la parte superiore ed esterna del corpo striato, altri il pavimento del corno anteriore. Si componevano di un tessuto analogo alla sostanza grigia della corticale del cervello, cioè di fibre nervose, fine, delicate, a forma raggiata, di rado larghe, contenenti midollo, contornate da una sostanza interposta, finamente granulosa e contenente numerosi e grandi nuclei. Dove parecchi dei noduli venivano a contatto, erano separati da sostanza bianca. Essi erano ricoperti all' esterno dall' ependima, all' interno lo erano immediatamente dalla sostanza bianca. Io doveva dunque considerarli come neoproduzioni patologiche di sostanza grigia. »

« Prima di me si erano avute solo alcune analoghe osservazioni. *Lobstein* (1) parimenti in una donna cretina, aveva veduto una piccola escrescenza molle che sembrava « formata da sostanza corticale » sul piccolo corno d' Ammone, cioè nel ventricolo laterale. Accanto alla medesima v' era, nella sostanza cerebrale, una serie di vescichette piccole, come la capocchia di uno spillo, le quali contenevano un liquido chiaro. *Rokitansky* (2) ricorda, che egli ha veduto in fanciulli con idrocefalo congenito in via di progressione, delle rilevatezze tondeggianti, sessili, della grossezza da un grano di canepa ad un pisello. Più tardi *Rokitansky* (3) si è mostrato d' accordo con me,

---

(1) *J. F. Lobstien.* Rapport sur les travaux exécutés à l' amphithéatre d' anat. de Strasbourg. 1805. p. 71.

(2) *Rokitansky.* Handb. der path. Anat. Wien. 1844. Bd. II. S. 749.

(3) *Rokitansky.* Lehrb. der path. Anat. 1855. Bd. I. S. 190.

ed è quindi da conchiudersi che si trattava parimenti di sostanza grigia. Da quel tempo in poi io stesso ho osservato una intera serie di nuovi casi, che si riportavano per la maggior parte alla porzione posteriore dei ventricoli laterali, e nei quali la sostanza grigia si continuava in parte nella coda del corpo striato. Questa parte, stando alle mie ricerche (1), va soggetta per rapporto alla estensione in lunghezza, profondità e perimetro a numerose varianti individuali; ed in parecchi casi può rimanere dubbio se non si tratti unicamente di una semplice deformità della medesima. E ciò più specialmente allorquando in queste regioni si trovi un orlo rilevato più compatto di sostanza grigia. Per altro la neoproduzione in altri casi appare in forma di nodi ben distinti, che nel loro interno contengono come una striscia di sostanza bianca; cosichè la somiglianza con una circonvoluzione della corticale è manifestissima. »

« Infatti però si danno altre anomalie che non permettono alcun altra interpretazione. Dapprima *Tüngel* (2) osservò in una cucitrice di 31 anni, che negli ultimi tempi di sua vita diede segni di disordini intellettuali, nella metà posteriore ed esterna d' ambedue i ventricoli laterali e nella località ordinaria, delle rilevatezze emisferiche di sostanza grigia, che si mostravano nella sostanza midollare, dove esse formavano dei tumoretti tondeggianti, separati gli uni dagli altri da sostanza bianca. Nel medesimo soggetto s' aveva anche duplicità di utero e di vagina. Poscia *Meschede* (3) in un idiota epilettico di 19 anni, nella parte superiore, esterna e posteriore del cor-

---

(1) *Virchow*. Gesammelte Abhandl. S. 999. Anm. 1.

(2) *Tüngel*. Mein Archiv. 1859. Bd. XVI. S. 166.

(3) *Meschede*. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XXI. S. 484. Taf. IV.

no posteriore d' ambedue i ventricoli laterali, osservò delle isole estese di sostanza grigia, del diametro da 1 a 10 millimetri, che isolatamente si estendevano fino ai talami ottici. Essi contenevano cellule tondeggianti, ovali e periformi, raramente triangolari, con nuclei piuttosto grandi, finamente granulosi, innicchiati in una sostanza interposta, finamente granulosa pur essa, nella quale si immettevano spesse striscie di fibre nervose. Ma in nessun luogo le isole si sollevavano considerevolmente sopra il livello della parete ventricolare e piuttosto giacevano quasi del tutto allogate nella sostanza bianca. *Meschede* ne contò circa 80 di tali isole da ciascun lato. Oltreciò la sostanza corticale d' ambedue i lobi posteriori del cervello era inspessita considerevolmente fino a 11....13 millim. non era per l' opposto uniforme, ma divisa invece da sostanza bianca in 2 o 3 strati paralelli, dei quali gli interni oltreciò, erano divisi in lobi od isole dall' addentrarvisi della sostanza bianca. Io stesso ultimamente (1) ho visto qualche cosa di analogo e più specialmente un caso interessantissimo in un pazzo di 36 anni, nel quale attorno al corno posteriore destro erano raccolte numerose masse di sostanza corticale e protrudevano in parte entro al medesimo; mentre al tempo stesso in tutta la spessezza del lobo posteriore cioè nella sostanza bianca, erano qua e là depositate delle masse di sostanza grigia, in parte isolate, in parte unite, che somigliavano a circonvoluzioni, le quali masse non erano in connessione alcuna colle superficie..... »

« Sono diverse assai da queste produzioni indubbiamente congenite (però forse capaci di progressivo ingran-

---

(1) *Virchow*. Tageblatt der 40. Versamml. deutscher Naturf. u. Aerzte in Hannover. 1865. No. 2. S. 38.

dimento, e che per la dottrina delle malattie mentali debbono essere di molto rilievo), certe strozzature (degenerazioni granulari), quali s' incontrano nell' idrocefalo cronico con inspessimento ed aggrinzamento dell' ependima, massime alla coda del corpo striato ed al talamo ottico. (1). *Lambl* si è giovato a torto di questi fatti per ribattere la mia teoria sulla natura dei neuromi eterologhi di sostanza grigia, coi quali essi non hanno nulla di comune. Anche nei casi di queste specie è da provare che essi in parte almeno non sono neuromi di sostanza cerebrale bianca. *E. Wagner* (2) trovò in una donna di 38 anni, nel pavimento del 4° ventricolo alla parte posteriore inferiore un tumore tondeggiante di 6''' di diametro, liscio, in continuazione colla sottostante polpa cerebrale, alla quale era del tutto simile. Il tumore si mostrava composto di fibre nervose, sottili, in parte midollari, in parte nò, di una sostanza granulosa e di cellule grandi, ovali o rotonde; alcune provvedute di due appendici larghe con grandi nuclei ed un ammasso di sostanza bruniccia interna. *Wagner* le ritiene come cellule gangliari. *Klob* (3) osservò in un uomo di 64 anni un tumore tondeggiante pallido, rosso biancastro, della grossezza di una fava che era in connessione col chiasma dei nervi ottici mediante un largo peduncolo, bianco, grosso da 1 ½ linea a 4 ½ e che era composto da fini tubuli nervosi. Nel pun-

---

(1) *Virchow*. Gesammelte Abhandl. S. 999. — *Sangalli*. Della ipertrofia parziale del cervello. Milano 1858. p. 10. Gazz. med. ital. Lombardia 1858. N. 30. — *Lambl*. Aus dem Franz-Josef-Kinderspital. Prag. 1860. S. 65, 67. Taf. 6. Fig. 4, *A*, *B*.

(2) *E. Wagner*. Archiv der Heilkunde. 1861. S. 572.

(3) *Klob*. Zeitschr. der Gesellsch. Wiener Aerzte. 1858. N. 52. S. 815. Möglicherweise gehört in diselbe Kategorie eine Beobachtung von *Monro* (Praelect. med. in Theatro coll. med. Londin. 1776. p. 27).

to stesso io ho (1) osservato una escrescenza di sostanza bianca che terminava però non con un rigonfiamento, ma a punta; *Sommering* sembra abbia visto qualche cosa di analogo. »

Se ora veniamo a confrontare i due casi da noi riferiti con quelli accennati da *Virchow* troviamo che la nostra seconda osservazione, che risguarda 14 eminenze di sostanza grigia sporgenti dal pavimento del corno d'Ammone, possede una grande analogia col maggior numero dei fatti già cogniti; poichè dal frammento su riferito risulta che i neuromi cerebrali sono generalmente costituiti da sostanza grigia, sotto forma di tumoretti semisferici, multipli, protuberanti costantemente dalla superficie dei ventricoli cerebrali, precisamente nella loro porzione posteriore. A questa regola generale fa però eccezione, rispetto alla sede, l' osservazione di *Virchow* del 1851, avendo rinvenuti alcuni piccoli tumoretti che occupavano la parte superiore ed esterna del corpo striato ed il pavimento del corno anteriore.

La nostra seconda osservazione collima pur anche con quanto hanno veduto altri anatomici relativamente al rapporto in cui stanno questi tumori colla sostanza cerebrale: difatto ora si accenna che i medesimi erano in contatto immediato colla sostanza bianca (*Virchow*), ora che erano sessili (*Rokitansky*), ora che s' inoltravano nella sostanza midollare (*Tüngel*), ora per ultimo noi abbiamo notato che un arco di sostanza bianca abbracciava la neoplasia dal lato della sua base. Da tutte queste osservazioni risulta dunque che i tumori hanno estesi rapporti col

---

(1) Präparat N. 123 vom Jahre 1857.

cervello ed anzi non sono per così dire che una continuazione del medesimo, per cui non si può intendere come *Virchow* abbia potuto stabilire in regola generale che i neuromi sono separati ed abbastanza distinti dalla massa cerebrale.

Sebbene di alcuni casi soltanto *Virchow* abbia riferita la sintomatologia, tuttavolta la nostra seconda osservazione ritrova finalmente qualche analogia sotto il rapporto clinico. *Virchow* annunzia che il suo infermo era un cretino, epilettico fino dal 2° anno di vita; *Meschede* racconta che la sua osservazione risguarda un idiota epilettico di 19 anni; noi riferiamo che il nostro caso era un demente e da 11 anni epilettico; havvi dunque una grande prossimità nei fenomeni patologici fra questi tre fatti, tuttavolta non si deve ommettere di ricordare che il nostro infermo pigliò moglie avanti d' essere epilettico, lo che esclude ancora che esso fosse demente fin dalla nascita, per cui i suddetti fenomeni possono anche manifestarsi molto tardi, lo che viene in parte confermato dall' osservazione di *Tünget*, avendo riscontrati i suddetti neuromi in una donna di 31 anni, che negli ultimi tempi di sua vita diede segni di disordini intellettuali.

Avendo rilevato che i neuromi di sostanza grigia occupano generalmente la regione posteriore dei ventricoli cerebrali, possiamo ancora, mercè i progressi dell' istologia, indagare la loro probabile origine. *Kupfer* (1) aveva riconosciuto che la tessitura del corno d'Ammone è molto complicata, poichè è desso costituito da molteplici strati di diversa struttura ed aveva inoltre rilevato che sotto lo strato superficiale formato di tubi nervosi havvene un

---

(1) *Kupfer*. De cornu Ammonis textura disquisitiones præcipuæ in cuniculis instituta. Dorpat 1859. Diss.

altro di sostanza grigia (strato molecolare). *Teodoro Meynert* (1) ha notevolmente modificata la descrizione degli strati, ma ciò che più a noi interessa, ha esso pure riconosciuta la presenza delle cellule nervose nella sostanza del corno d' Ammone. Trovandosi dunque della sostanza grigia nella parte posteriore dei ventricoli noi non possiamo ritenere i tumori costituiti di tubi e di cellule nervose, che nascono in questa regione, per eteroplastici, così non possiamo ammettere che siano in continuazione colla coda del corpo striato quando ciò non è visibile, ma dobbiamo piuttosto ammettere che i tumori siano il prodotto di semplice iperplasia del tessuto preesistente, la quale non assume soltanto la forma ipertrofica, ma ancora quella di tumori, più spesso multipli. Questa conclusione però incontra una eccezione, avendo già fatto notare il caso di *Virchow* del 1851, in cui le prominenze occupavano il corno anteriore: ora in questa regione non è cognita l' esistenza della sostanza grigia. Noi poi non abbiamo il diritto d'ammettere che tale neoplasia sia sempre congenita come dubita *Virchow*, poichè con tale ipotesi non possiamo spiegare quei casi in cui i fenomeni patologici si manifestarono molti anni dopo la nascita, d' altra parte noi vediamo in tanti altri tessuti accadere l' iperplasia acquisita, lo che ci dà il diritto d' ammettere per analogia un processo identico anche nella sostanza grigia che ha sede nei ventricoli cerebrali.

La nostra prima osservazione che risguarda due tumori di pura sostanza midollare incontra invece pochissimi fatti congeneri, ed inoltre differisce dai medesimi per alcune circostanze di secondo ordine. Nel frammento di *Virchow* superiormente riferito non sono registrate che tre osser-

(1) *Meynert*. Stricker. Handbuch S. 711. Leipzig. 1870.

vazioni di neuromi midollari appartenenti a *Klob*, *Sommering* e *Virchow* ognuno dei quali era unico, della grandezza d' una fava ed in connessione col chiasma dei nervi ottici. Nel nostro caso invece il neuroma era duplice, il maggiore dei due era grande come una noce, avea sede sotto il corpo striato ed il talamo dei nervi ottici; il minore era grande come una giugiula, ed aveva sede nel margine anteriore del cervelletto. Niun altro confronto può compiersi fra il nostro caso ed i fatti ricordati, essendo questi sforniti di descrizione anatomica; nulladimeno ricorderemo come nella nostra osservazione ambidue i tumori presentassero una specie di peduncolo, sotto forma d' un fiocchetto, il quale conteneva grosse fibre nervose, lo che conduce ad ammettere che anche questi tumori siano un effetto dell' iperplasia delle fibre fisiologiche, e considerando la sede siano effetto dell' iperplasia della sostanza bianca.

Se non possiamo spingere più avanti la nostra indagine comparativa ed analitica non avendo avuta l' occasione di esaminare il cervello, possiamo però proporci il quesito della rarità dei neuromi midollari rispetto a quelli di sostanza grigia. L' embriologia del cervello insegna che da prima si forma la sostanza grigia, composta di piccole cellule rotonde, serrate le une contro le altre, e solo più tardi si deposita sulla medesima la sostanza bianca, e più precisamente insegna che gli elementi cellulari s' accumulano da prima nel punto che più tardi diventerà corno anteriore e che di là partono i tubi nervosi della radice anteriore, finalmente *Köliker* sostiene esplicitamente che le fibre della massa midollare degli emisferi procedano dalle cellule della sostanza corticale. Se questa proposizione è esatta allora si può ritenere che nelle cellule risieda il maggior potere generativo per la formazione delle fibre nervose e che quindi le fibre debbano consi-

Fig. 1.

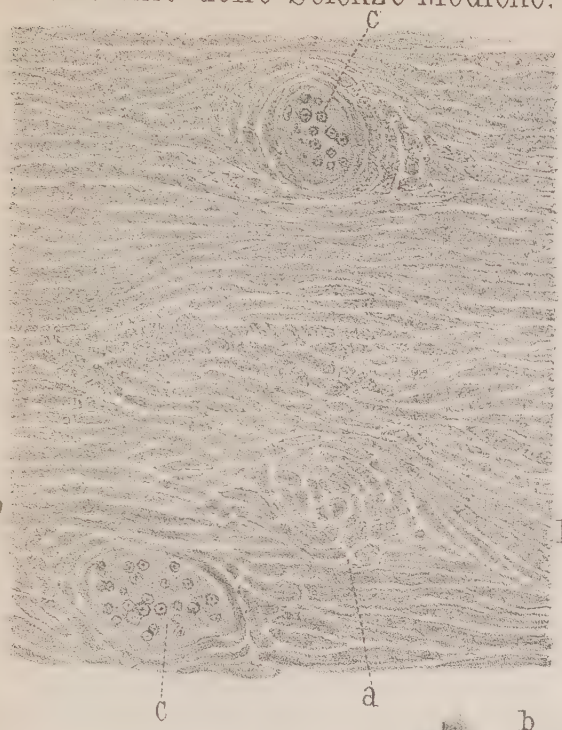


Fig. 2.

Fig. 3.

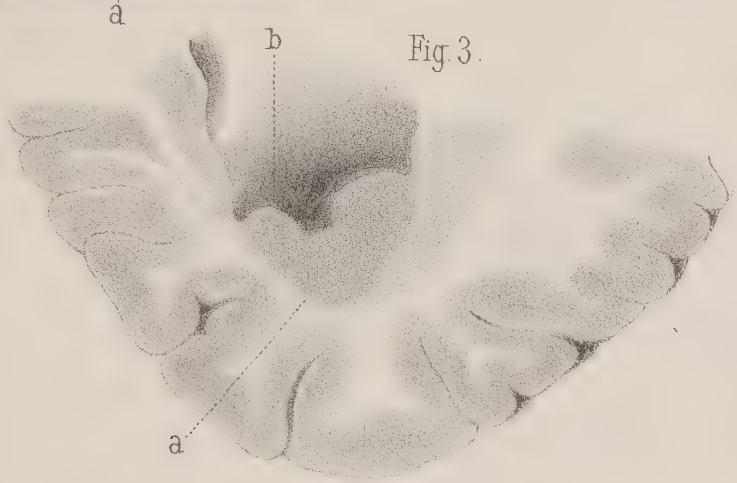
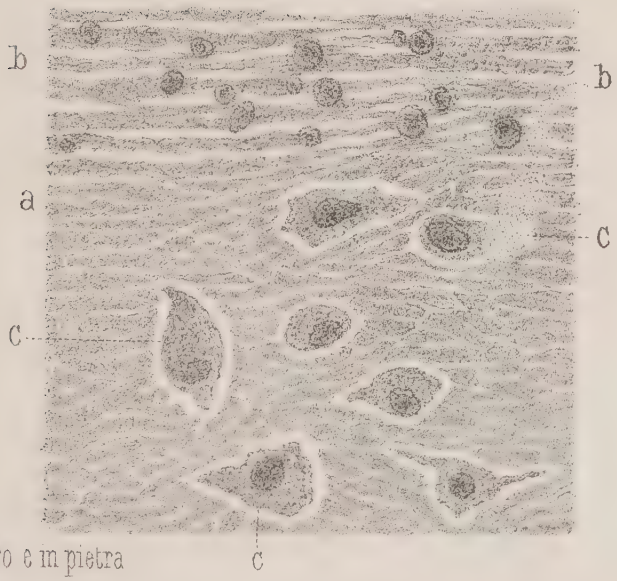


Fig. 4.



O. Nannini dis.° dal vero e in pietra

Lit. G. Wenk

derarsi come un prodotto diretto delle medesime e non degl' elementi embrioplastici, lo che spiega come le fibre abbiano un potere riproduttivo molto inferiore a tutti gli altri tessuti (ogni qualvolta vengano escise), così pure come la loro forza vegetativa oltre la misura fisiologica sia molto debole, ed anche inferiore a quella della sostanza grigia, e quindi come i veri neuromi midollari siano piuttosto rari, specialmente al cervello e generalmente molto piccoli.

Per quanto i fatti su riferiti siano scarsi sarà permesso però di trarre dai medesimi alcune conseguenze, le quali potranno servire di termine di paragone ad ulteriori osservazioni e così si andrà allargando anche a questo proposito il patrimonio scientifico. Le conclusioni per ora possibili sono: 1° Che nel cervello sono molto più frequenti i tumori di sostanza grigia, di quello che i midollari. 2° Che i primi hanno una sede d' elezione, cioè nella parte posteriore dei ventricoli laterali. 3° Che questi sono generalmente multipli nella stessa regione. 4° Che i secondi possono trovarsi in diverse parti tanto nel cervello che nel cervelletto. 5° Che ambedue le specie di neuromi hanno generalmente un' origine iperplastica. 6° Che i primi sono accompagnati, ora fino dalla nascita, ora più tardi, da gravi disturbi intellettivi e da fenomeni convulsivi, e che i secondi (per ciò che si può ricavare da una sola osservazione), sono stati accompagnati da fenomeni di paralisi.

Della cura sintomatica di alcune malattie nervose col bromuro di potassio. — Nota del Dott. *Antigono Raggi*, Assistente al Manicomio Provinciale di Bologna.

> .... Si donc, comme les expériences de MM. *Puche*, *Huette* et *Rances* ne permettent pas d' en douter, le bromure de potassium, et certainement aussi le bromure de sodium, possédent des propriétés anestésiques, ne doit-on pas donner á ces proprietés une large part dans la guérison de certaines engorgements, et dans l' amendement de certaines maladies d' ailleurs incurables ?.....
>
> *A. Trousseau* et *H. Pidoux* — Traité de Thérapeutique et de Matiére medicale.

La sanzione accordata oggi più che mai alla cura sintomatica dalla moderna Patologia, viene apprezzata a dovere specialmente da chi intende alla cura dei malati cronici. In questi nei quali le molte volte riesce indaginoso il ricercare sollecitamente l'intima natura del morbo che li affligge (se pure non riesca impossibile lo stabilirne la diagnosi per insuperabili ostacoli); in questi nei quali spesso ogni speranza di radicale guarigione vien tolta dalla naturale irremovibilità del male; in questi la cura sintomatica diviene obbligo strettissimo del medico coscienzioso, a cui si fa lecito il valersi senza risparmio dei potenti tesori della farmacia.

Fra i rimedi che più comunemente sono usati ad opporsi alle molestie dei sintomi, gli oppiati tengono il primo posto, perchè ordinariamente fra tutti i sintomi prevale il dolore, ed è contro di questo che l' infermo

chiede valido riparo. Dopo gli oppiati sono in comune uso gli altri rimedi che hanno azione diretta sul sistema nervoso, e che egualmente ne ottundono la sensibilità. Ognuno però nell' usarli si fa accorto di quanto siano questi inferiori nell' effetto a quelli, tanto più che il loro uso non esclude i pericoli che alla loro natura venefica sono in generale inerenti.

La calma poi si ottiene da questi rimedi, usati per lo più internamente, col distogliere la coscienza del malato dal sintoma dolore, coesistente tuttavia al sonno in cui s' immerge; condizione codesta che a molti infermi ripugna, ed alla quale molti anzi rifiutano di sommettersi.

Non tacerò pur tuttavia che la medicatura ipodermica, oggi tanto in onore, può sino ad un certo punto sovvenire alla anestetizzazione locale: ma se venga fatta cogli oppiati non si eviteranno i sintomi dell' azione del rimedio sul generale, ed ancorchè si evitassero, offrirebbe a molti infermi ragione di ripugnanza, oltrecchè in certe località addolorate, per la loro profondità, e per la loro estensione, sarebbe o frustranea, o molestissima, o anche impossibile.

Non è gran tempo dacchè essendo stato proposto il bromuro di potassio fra i rimedi i quali hanno azione salutare sopra il sistema nervoso ammalato, venne tale sostanza dai pratici subito messa a prova, e non tardarono ad esser resi di pubblica ragione i risultati che si poterono ottenere dalle esperienze. Si potè per tal modo riconoscere nel bromuro di potassio un rimedio assai potente contro alcune forme di nevrosi a base anatomica molto incerta; ed a tale salì la sua fama in questi ultimi tempi, che non si dubitò di preferirne la prescrizione a quella della belladonna e dei preparati di zinco. Ipotetica si riguardò la spiegazione che si volle dare dell' azione di questo rimedio sul sistema nervoso, ma non as-

surda: si calcolò il valore del fatto, e non si cercò più oltre. Il bromuro di potassio veniva dippoi somministrato con altro intendimento in quelle affezioni dei nervi nelle quali predomina il sintoma dolore, a cui necessita che il curante ponga riparo. Gli effetti che se ne sono ottenuti, hanno assicurato a questo rimedio un ben alto posto fra i calmanti; se non che l' uso e l' abuso che degli altri calmanti si fa per mera abitudine negli Ospedali, ha impedito che le esperienze si moltiplichino, e che il bromuro di potassio sia divenuto uno dei rimedi più alla mano del medico.

I fatti che valgono a mettere vieppiù in onore questo rimedio ci sembrano degni della maggiore pubblicità possibile; e poichè il Dott. *Bernardo Modonini*, Medico primario all' Ospedale Maggiore, volle che il bromuro di potassio fosse ad oltranza sperimentato lo scorso anno nella Sezione da lui diretta, e gentilmente diede incarico a me, in quel tempo suo assistente, di studiare gli effetti e di darne relazione, non ritardo più oltre a pubblicare i buoni risultati ottenuti in alcuni ammalati degenti nell' Ospedale, ed in aggiunta quei pochi di mia privata spettanza, che ho potuto apprezzare.

STORIA I. — Dalla Sezione mista di ammalati di spettanza chirurgica, e di ammalati di spettanza medica, veniva trasferita il giorno 8 Agosto 1870 alla nuova Sezione medica diretta dall' egregio Sig. Dottor *Bernardo Modonini* certa Marianna Manini d' anni 22, servente di condizione. Essa raccontava di aver sortito i natali da sani genitori in Vedrana, e di aver trascorso infanzia e fanciullezza in perfettissima salute. Le apparvero i primi mestrui a 16 anni, e non ebbe molestia di sorta. Per altri due anni la salute fu ottima, e le mestruazioni si mantennero normali, quando per forte patema d' animo sofferto nel 19° anno di età, la mestruazione che non dovea tardare che di qualche giorno non riapparve che dopo alcune settimane, fu quantitativamente anormale, ed andò compagna ad insoliti disturbi addominali. Le mestruazioni successive

si mostrarono egualmente irregolari, specialmente rispetto al tempo di loro comparsa. Intanto stanchezza generale, inquietudine insolita, malessere inesplicabile imposessavansi della fanciulla alla quale riuscivano penose le ordinarie occupazioni di servizio, ed oltremodo faticose. Trascorrevano alcuni mesi, e pareva che le cose volgessero al meglio, quando una nuova cagione influiva a nuovamente peggiorare le condizioni della sua salute. Mentre ella stava in riva ad un canale, lavando alcuni pannolini, accidentalmente cadde nell' acqua, e benchè soccorsa all' istante non avesse corso pericolo di vita, pur tuttavia per tale accidente venne côlta da grandissima paura. In quest' epoca era disgraziatamente mestruata, ed il flusso sanguigno si arrestò all' istante, per non comparire in seguito che a lunghi intervalli di tempo, e senza regola. Dietro a ciò i disturbi dell' inferma si fecero più gravi, ed alla stanchezza ed al malessere s' aggiunsero dolori vivissimi vaganti per tutto il corpo, prevalenti agli arti inferiori e intermittenti; ed insorse una cefalea frontale pressochè continua e remittente.

Per questi sintomi l' inferma ricercò la cura del medico, e protrasse questa senza giovamento per alcuni mesi a casa sua, fino a che, determinatasi di entrare in questo Ospedale, vi veniva accolta il 23 Giugno 1870.

Obbiettivamente l' inferma si mostrava di costituzione abbastanza robusta; aveva la pelle piuttosto fina, molto bianca e delicata; le mucose pallidissime; i muscoli si mostravano ben sviluppati. Liberi erano i movimenti di tutto lo scheletro, e scevri da dolore; non eccedeva la sensibilità generale per qualunque stimolo. L' esame degli organi principali dava risultati affatto negativi.

In questo caso lo stato evidentissimo di clorosi, era in giusto rapporto col disturbo di mestruazione; ed il prevalente disturbo dei nervi di senso, potevasi giudicare, sia quale sintoma riflesso delle condizioni morbose delle parti genitali, sia quale iperestesia della natura di quelle che in certi stati di oligocitemia si manifestano. Tanto nell' un caso, quanto nell' altro, dappoichè l' effetto dovevasi mettere in rapporto coll' abnorme funzionalità dell' utero, l' indicazione curativa, stando allo sviluppo genetico del caso, veniva razionalmente diretta a correggere questa lesione da cui movevano gli altri sintomi; se non che i dolori sopra accennati non permettevano alla giovine breve ora di riposo, ed ella chiedeva instantemente un rimedio di pronta efficacia.

Assoggettata allora alla somministrazione del bromuro di potassio in dose di *un grammo* sciolto in *grammi cento* di acqua distillata, l' in-

ferma dopo due giorni si sentì di molto migliorata, e cominciò a riposare sufficientemente nella notte. Contemporaneamente, e quando la cefalea era più del solito molesta, l' inferma veniva nella sera assoggettata ad un pediluvio senapato. Il buon effetto della cura lasciava dubbio, se fosse dovuto al bromuro di potassio, oppure al pediluvio: se non che la prescrizione di quest' ultimo solo in antecedenza, che era riescita infruttuosa pochi giorni prima, concedeva diritto di credere che il bromuro di potassio avesse in questa circostanza tutto il merito. Rafforzossi poi la nostra fiducia in questo rimedio quando, sospesa l'ordinazione del pediluvio, e continuata la prescrizione del bromuro di potassio, il miglioramento dell' inferma si fece più rimarchevole. Fu allora aumentata la dose del rimedio, e l' inferma in breve potè alzarsi di letto con leggeri incomodi, i quali ben presto si dissiparono. Dopo 21 giorni usciva dall' Ospedale, e venivale consigliata la cura dei marziali, prevedendo che non ne verrebbe distolto il buon effetto dalle abituali occupazioni a cui era in grado di attendere di nuovo.

STORIA II. — Fabbri Federico di Bologna, figlio di padre morto in conseguenza di uno stravaso cerebrale, barbiere di professione, contava 36 anni di età. Nella prima giovinezza venne côlto da tifo con prevalenza di sintomi cerebrali, e ne guarì perfettamente. Cresciuto in età, abusò molto dei piaceri di venere, (e lo confessava egli stesso), con non leggera diminuzione del suo vigore naturale. Nell' anno 1866 gettossi sudante nel canale di Reno per farvi un bagno. L' acqua era molto fredda, e ne risentì immediata molestia. Da quel giorno perdette il sudore abbondante ed abituale dei piedi, e cominciò a provare dei dolori di trafitture vaganti per tutto il corpo, e specialmente agli arti inferiori. Nello stesso tempo le forze si rendevano deficienti, provava una certa difficoltà nel camminare, sostenevasi male sul tronco, e deperiva nella nutrizione. Coll' andare del tempo tali sintomi si resero molestissimi, e non valevano i più riputati rimedi a mitigarli. Pare anzi che accelerassero il corso della malattia alcuni bagni a lampada che gli furono suggeriti, in sostituzione dei rimedi nervini e ricostituenti più in voga. Divenuto incapace di proseguire nel suo mestiere per insufficienza di forze, e perchè la deambulazione gli era divenuta impossibile, gli fu consigliata la cura idroterapica. Da questa non ritrasse vantaggi calcolabili. Nel giorno 30 Giugno 1870 entrava nell' Ospedale Maggiore, e veniva collocato nella Sezione mista. Quivi fu ritentata la virtù dei rimedi più raccoman-

dati in simil genere di malattie, senza vantaggio veruno; nè gli anodini più ripetuti potevano sedare gli atroci dolori che provava l' infermo, il quale smanioso si agitava dì è notte nel letto che più non abbandonava. Il giorno 8 Agosto veniva traslocato nella nuova Sezione medica.

Esaminato l' infermo nel giorno del suo arrivo, presentava le seguenti particolarità.

Era di statura piuttosto alta, e decombeva in letto di preferenza seduto, inarcato col tronco in avanti, e sostenuto posteriormente da numerosi guanciali. La denutrizione dell' infermo era profonda, le sporgenze muscolari appena rilevate. In alcune parti e specialmente nel volto lo scheletro era appena vestito della pelle sottile e pallidissima. Gli arti inferiori erano distesi ed abdotti quasi a permanenza; i superiori di preferenza teneva flessi ed incrociati, e puntellavasi per tal modo coi gomiti alle coscie. I movimenti volontari del tronco erano resi pressocchè impossibili; la motilità degli arti inferiori era molto limitata, quella dei superiori disordinata in leggero grado. Nella fisonomia era notevole una quasi costante contrazione del muscolo frontale. Sporgeva in buona direzione, ed articolava con qualche difficoltà alcune consonanti. La respirazione a tipo di prevalenza addominale compievasi con calma regolare. Gli arti erano sempre freddi, specialmente gli inferiori; la sensibilità generale era diminuita in tutta la superficie del corpo, e specialmente si trovava deficiente in corrispondenza delle estremità. La percussione lungo la spina vertebrale non risvegliava dolori circoscritti in alcun punto della sua estensione. L' infermo defecava con tanta difficoltà, che necessitava spesso del meccanico vuotamento del retto, e perdeva l' urina senza accorgersene. Non aveva perduto la erezione del pene; anzi bastavano idee lascive e la presenza della moglie a provocarla.

La diagnosi di mielite veniva da numerosi sintomi confermata, e dalla loro gravezza poteva facilmente essere indotta e la estensione del male, e l' alto grado che aveva certamente raggiunto.

Dopo sei giorni di permanenza nella nuova Sezione medica, diveniva necessario il socorrere l' infermo per i dolori vivissimi che specialmente nella notte lo affliggevano, impedendogli il sonno. Non si volle ricorrere agli oppiati, perchè in passato non avevano fatto buona prova, e fu invece prescritto il bromuro di potassio nella solita dose di un grammo, sciolto in 100 grammi di acqua distillata. Dopo alcuni giorni potevano essere apprezzati gli effetti salutari del rimedio; e nell' infermo che co-

minciava a riposare la notte (1), e nel giorno non era più molestato dalle trafitture, rientrava nell' animo una insolita fiducia di migliorare.

Con questa calma fisica e morale, cominciava un sensibilissimo miglioramento nella nutrizione dell' infermo, e specialmente la calorificazione degli arti inferiori e dei superiori guadagnava immensamente, ed a poco a poco rendevasi normale. Per tal modo veniva tralasciata, benchè la stagione si facesse più rigida, una fasciatura ovattata che giornalmente in passato era dall' infermo richiesta in difesa del freddo. L' appetito diveniva migliore, si correggeva la stitichezza con frequente somministrazione della senna in infusione, e la emissione involontaria delle urine restava unico, benchè grave incomodo nell' infermo.

Col proseguire nella somministrazione del bromuro, il Fabbri sempre più migliorava nella nutrizione, ed il fatto così evidente veniva constatato anche dal collega ed amico Dott. *Napoleone Vecchi*, allora assistente alla Sezione medica del Prof. *Brugnoli*.

Per qualche accidentale indisposizione di stomaco il bromuro fu qualche volta per due o tre giorni sospeso, e subitamente l' infermo ne facea richiesta, perchè tornava di nuovo in preda ai soliti dolori.

La cura sintomatica con sì ottimo effetto protratta per cinque mesi, diede in complesso risultati molto felici, e non può non essere apprezzata da chi abbia curato molti ammalati di questo genere, e sappia quanto valore abbia pel medico un rimedio che ne appaga le principali esigenze. Nel nostro caso il maggiore suo apprezzamento gli veniva dal-

---

(1) Sono già noti i buoni effetti ottenuti dal bromuro di potassio nei casi di insonnio nervoso, e la virtù sonnifera del rimedio fu specialmente apprezzata dal Dott. *Gaspari* di Meinberg in casi nei quali era riuscita inutile la somministrazione dell' oppio in altissima dose. Anche M. *Vulpian* usò con molto profitto il bromuro di potassio nelle insonnie ostinate. Differiscono però le esperienze fatte da questi medici in ciò: che il primo adoperava il rimedio in piccola dose: l' altro in dose altissima. L' assopimento poi e la vera sonnolenza che cagiona il bromuro erano noti già fino dai primi esperimenti di M. *Poche*.

In un caso di insonnio nervoso che si presentò nella Sezione medica di cui io era assistente, fu provato il rimedio, ma non valse il persistere nella sua somministrazione con costanza, chè non si ottennero risultati felici. La dose adoperata non oltrepassò i 6 grammi per giorno.

l' infermo stesso, che non aveva parole bastevoli a decantarne gli effetti, benchè travedesse egli medesimo dall' andamento della malattia la triste prognosi che poteva esserne fatta (1).

STORIA III. — Mingardi Luigi d' anni 66, nato a Badia, di buona derivazione, non aveva mai sofferto malattie rilevanti sino all' età presente. In questa venne colto da congiuntivite blenorragica, della quale fu curato nella Clinica Oculistica di Bologna, a cui io allora era addetto in qualità di pro-assistente. L' esito della malattia non fu molto felice, stante la insistenza del catarro congiuntivale, e malgrado fossero usati i più energici rimedi; giacchè la perdita totale della cornea in un occhio ne tolse pienamente la funzionalità, e la perdita parziale della cornea nell' altro permise, a risultato finito, la formazione di una pupilla artificiale, la quale limitatamente concedeva all' infermo la distinzione degli oggetti. Questo stato infelice lo concentrava in una profonda melanconia, e lo rendeva ipocondriaco.

Rimaneva in letto pressochè tutto il giorno; accusava pesantezza e bruciore all' epigastrio; emetteva continuamente con strepitose eruttazioni gran copia di gas dallo stomaco; qualche volta il polso presentava una frequenza insolita, mentre la calorificazione non era elevata più del normale. L' esame obbiettivo degli organi della cavità toracica ne dimostrava l' integrità; l' addome era un po' tumido in corrispondenza del quadrante superiore sinistro, e colla percussione si rilevava una sensibile dilatazione dello stomaco. Restò il Mingardi nell'Ospedale Clinico per circa 15 giorni, poi uscitone, entrò nell' Ospedale Maggiore il 19 Luglio 1870, accusando le stesse molestie. Si aggiunsero a queste ben presto alcuni dolori agli arti inferiori, e senso di calore e di formicolio continuo. Il giorno 8 Agosto il Mingardi veniva trasportato nella nuova Sezione.

Obbiettivamente non presentava di rimarchevole che un facile accendersi del volto ad ogni eccitamento morale, ed a volte a volte un coloramento alquanto pronunziato della cute degli arti inferiori, i quali però erano ben nutriti, e presentavano la muscolatura ben sviluppata. Nella Sezione del Prof. *Massarenti*, dove era degente l' infermo, vennero cu-

---

(1) Le previdenze dell' infermo non tardarono ad avverarsi, giacchè per recrudescenze della malattia moriva poi nel Febbraio 1871.

rati con buon effetto i sintomi molesti del ventre. Alcuni giorni dopo il suo passaggio nella nuova Sezione medica (8 Agosto 1870), l' infermo si lagnava delle aumentate molestie degli arti inferiori, e di una debolezza straordinaria di questi. Le condizioni generali dell' infermo si mantenevano ottime; aveva buon appetito, dormiva bene nella notte, non provava stitichezza di ventre, ed emetteva le urine con tutta facilità.

Esplorata la sensibilità degli arti, mostravasi perfetta; i movimenti si compivano con franchezza e libertà: solo nella deambulazione l' infermo trovava non poca difficoltà, e si diceva inabile a percorrere intera la lunghezza della sala Malpighi.

Cotali algie avevano sede nell' estremità periferiche dei nervi diramantisi nelle estremità inferiori, giacchè per i loro caratteri escludevano qualunque complicazione della spina, o le affezioni dei muscoli e delle aponeurosi, e furono considerate siccome fenomeno di iperestesia in soggetto ipocondriaco.

Venne curato allora prima col valerianato di zinco, poi colla noce vomica e colle frizioni esterne di lenimento ammoniacale, indi colla pomata ossigenata, ed in seguito colla elettricità indotta. Le varie cure non ebbero che mediocre risultato. Restava a provare il bromuro di potassio, e questo rimedio nella dose ordinaria veniva somministrato il giorno 15 Ottobre. Anche questa volta non tardò molto l' effetto del rimedio, la somministrazione bastò a rimettere il Mingardi in istato di ritornare a casa sua il 30 Ottobre 1870.

STORIA IV. — Tomba Luigi di Dozza, di costituzione robusta, ha 66 anni. Non ebbe che malattie di lieve importanza. Nel 1869 mentre stava nell' Ospedale Maggiore per la cura di un patereccio, espostosi ad influenze reumatiche, venne preso da dolore alla regione lombare, intermittente, spontaneo, od irradiantesi a mo' di cintura attorno al ventre. Guarito del patereccio uscì dall'Ospedale, ma non potè ritornare alle ordinarie occupazioni per la nuova malattia insorta. Il dolore a poco a poco aumentò di intensità, e si estese eziandio dai lombi alle natiche, e lungo la faccia posteriore delle coscie. Allora il Tomba dimandò di nuovo di essere ricoverato in questo Spedale, dove entrava il 6 Agosto 1870 nella Sezione medica diretta dal Prof. *Brugnoli*. Nel giorno 9, l' infermo veniva traslocato nella nuova Sezione medica, dove, fattasi diagnosi di nevralgia lombo-sciatica reumatica, proseguivasi la cura iniziata, di decozioni amare e toniche, delle polveri del Dower, dello stibio dia-

foretico. Si aggiunsero localmente delle frizioni calmanti, ed infine venne applicato sulla località addolorata un largo vescicatorio.

I buoni effetti di queste cure non furono che in leggero grado apprezzabili. Si ricorse allora alla prescrizione del bromuro di potassio, e con ottimo accorgimento, giacchè dopo 50 giorni di cura, l'infermo trovossi pressochè libero dalle nevralgie, ed in grado di abbandonare l' Ospedale.

STORIA V. (1). — P..... d' anni 24, robusto, ben nutrito e di forme regolarissime, in conseguenza di gravissimo ileo-tifo sofferto sei anni fa, presentava un certo affievolimento delle funzioni genitali, già fin dalla nascita non molto energiche, ed in seguito venne preso da' dolori piuttosto vivi lungo la regione spinale, e qualche volta irradiantisi a mo' di fascia attorno al petto ed all' addome. Tali dolori erano remittenti, e si risvegliavano tanto spontaneamente, quanto nei movimenti.

All' esame obbiettivo nulla si rileva dalla inspezione. Qualche località della regione della spina irregolarmente disposta si manifesta dolente in leggero grado alla pressione; la facoltà locomotrice è intatta. La percussione nella regione stessa non palesa localizzazioni dolorose; sibbene alla corrente galvanica si può constatare un' aumento di sensibilità nella porzione inferiore della regione dorsale, ed alla regione lombare in corrispondenza della sua congiunzione colla sacrale. La malattia che da tanto tempo perdura nella suddetta forma, che ha resistito a moltissime cure senza mai peggiorare, ha sempre tenuto in molto riserbo una prognosi che si farebbe a tutta prima infausta, quando si tenesse più a calcolo la natura dei sintomi che l' andamento del male. Fu visitato da valentissimo pratico, e gli furono prescritte: l' elettroterapia (l' applicazione alla spina di una leggerissima corrente galvanica della durata di un minuto primo, secondo le istruzioni di *Benedikt*), e la docciatura perineale.

Inianto però che attenevasi fedelmente a tali prescrizioni i dolori si esacerbarono a segno, da essere necessario di ricorrere a' palliativi onde calmarli, giacchè gli impedivano persino di dormire la notte. Ricordai i benefici risultati ottennti nel caso di cui fa menzione la storia 2ª,

---

(1) Questa osservazione, e la susseguente sono di mia particolare spettanza.

e prescrissi all' infermo il bromuro di potassio in dose di grammi 1, sciolto in grammi 100 di acqua distillata, aumentandola di centigrammi 50 ogni dieci giorni. La somministrazione ha avuto anche questa volta buonissimo effetto, e tale a dir vero, che non avrei potuto sperarlo così sollecito ed innocuo dagli oppiati, e dagli anestetici locali, che altra volta fecero cattivissima prova.

Confidente nel miglioramento ottenuto, l' infermo si espose a nuove cause che valsero altra volta ad esacerbare i suoi patimenti, e particolarmente il solito dolore, e questa volta il bromuro di potassio non fece subito buona prova, sicchè parve all' infermo conveniente il sospenderne l' uso, confessandone però i vantaggi ottenuti, e persuaso di ritentarlo dopo il riposo di qualche settimana.

STORIA VI. — F..... studente, ventenne, di Bologna, andò già soggetto a manifestazioni scrofolose nella fanciullezza e non ebbe mai gravi malattie. Da qualche anno veniva molestato da frequenti cefalee, le quali insorgendo nelle ore del meriggio, e perdurando fino al cader del sole, gli erano di grave incomodo, tanto più che lo distoglievano dalle abituali occupazioni della mente, giacchè per queste aumentavano. Si rendevano tali cefalee così intense, da costringerlo non poche volte a coricarsi a finestre chiuse e nel massimo silenzio (perchè sino la luce gli era molesta), ed a cercare nel bagno freddo alla fronte qualche leggero sollievo. Osservato durante l' accesso, si mostrava silenzioso e melanconico, si asteneva dal muoversi, e preferiva il tenere gli occhi chiusi. Il volto non era più dell' ordinario acceso; al palpamento della regione della fronte ed in generale della craniense, non si riscontravano punti dolorosi od altre sensibili alterazioni. La pupilla era normalmente dilatata, e regolarmente si dilatava e si restringevà cogli stimoli ordinari. Mancavano sintomi riflessi da parte dello stomaco, giacchè non mai insorse il vomito o la nausea, e l' appetito anche durante l' accesso si conservava eccellente. Nessun aumento di temperatura sia generale, sia localizzato alla sede del dolore indicavano gravezza di lesioni, ciò che dal modo d' insorgere del dolore, e dal suo rapido scomparire veniva comprovato; laonde non dubitai di appormi al vero, giudicandolo di natura nevralgica, nel significato convenzionale e pretto della parola. Esperimentati invano per lo passato i jodali, e specialmente resasi frustranea la inalazione del cloroforme, io venni nel desiderio di sperimentare nel Febbraio scorso (1870) l' azione del bromuro di potassio, e lo prescrissi

in dose di grammi 1, sciolto in grammi 100 di acqua distillata, da prendersi giornalmente, e da aumentarsi in seguito ove non avesse portato solleciti buoni effetti.

Ma questi furono tanto pronti quanto completi, e già da due mesi la cefalea non si è più rinnovata, benchè la persona che ne soffriva siasi oltremodo occupata in lavori mentali di lunga durata.

Un così protratto intervallo di benessere, messo in rapporto col raddoppiato contemporaneo lavoro della mente, mi sono di guarentigia che veramente al bromuro di potassio debbasi attribuire tutto il merito dell' ottenuto buon risultato.

Dagli effetti ottenuti e nelle storie esposti deve ritenersi adunque che il bromuro di potassio ha realmente sulla vita nervosa una influenza salutare.

Il mitigarsi dei dolori che sono da attribuirsi ad affezione idiopatica di senso; il riordinarsi della incomposta motilità, che stà in rapporto colla lesa funzionalità dei nervi di moto, ne sono prove incontrastabili.

Il fatto di somma importanza notato nella Storia 2ª (alludo al notabile miglioramento di nutrizione del Fabbri) induce nel probabile sospetto che anche sui nervi trofici che presiedono all' intima nutrizione dei tessuti il bromuro di potassio abbia azione salutare. Questa influenza del bromuro sulla nutrizione venne verificata anche in altro caso di diagnosi molto incerta, che interessava certo Setti, degente nel 1870 nella nostra Sezione medica; e stà verificandosi in un soggetto affetto da tabe dorsale, da circa un mese assoggettato da me alla cura del suddetto rimedio.

I buoni effetti ottenuti dal bromuro di potassio nel soggetto della Storia 3ª, in cui da lesioni periferiche nervose si ripetono i molesti sintomi sopra descritti, mi rendono ragione del vantaggio ottenuto dal Prof. *De-Renzi* nella cura della prurigine con questo rimedio, riescendo la maggior parte dei topici che si sogliono prescrivere

ad aumentare spesso il molesto prurito che caratterizza la malattia. Il Prof. *De-Renzi* oltre alle unzioni di olio di fegato di merluzzo (topico che preferisce a qualunque altro), con sommo vantaggio somministra il bromuro di potassio in dose di centigrammi 80 a grammi 2 e più al giorno. È difatti ben noto che non di rado la prurigine è secondaria a tali iperestesie della cute, le quali invitano l'infermo a grattarsi, ed è dall'azione traumatica unicamente, che debbonsi ripetere le lesioni anatomiche caratteristiche di tale affezione. La cura perciò è razionale, nè può a meno di essere coronata da felice successo.

Avea già da circa un mese prescritta la cura del bromuro di potassio al soggetto della mia 6ª Storia, e già ne avea constatato i felici risultati riferiti; allorchè mi fu dato sapere che nel Giornale Medico di New-Jorck veniva riportato il seguente caso. Il Dott. *Commonson* che veniva preso da molti anni da cefalea, usava di tale rimedio fino dall' anno 1862. É singolare però il modo che usava nel prescriverselo, giacchè egli cominciò colla dose di 2 grammi, e l' accrebbe sino agli 8 grammi, presi in una volta, in due grandi cucchiaiate d' acqua. Ne ebbe immediato sollievo. Se il male perdurava però dopo questa dose, dieci minuti dopo riprendeva altri 4 grammi del medicamento, ripetendo la stessa dose dopo 15 minuti, se lo credeva necessario.

La dose singolare e fors' anco del tutto non innocua del rimedio, siccome venne esperimentato dal Dott. *Commonson*, è compensata certamente dal buon effetto ottenuto: non si può negare però che se un tale effetto possa essere raggiunto con dose assai mite, regolare, ed affatto innocua, quale da me fu usata, non sia piuttosto da preferirsi a quella quest' ultima.

Mi è mancata l' occasione di provare il rimedio su larga scala, onde meglio apprezzarne il vantaggio; ad

ogni modo non mi farò certo riguardo di prescriverlo nei casi tanto frequenti di emicrania che formano la disperazione di buona parte del sesso femminile, e vorrei vedere la prescrizione del medicamento già bene accolta da chi può con maggiore comodo che io non abbia, farne la prova.

È tuttavia incerta fra i pratici la prescrizione della dose di questo rimedio, imperocchè vi ha chi lo somministra in dose gradatamente crescente da circa mezzo grammo a tre a quattro grammi, altri invece, e fra questi il *Namias* (1) lo prescrivono a dose altissima (fino a 24 grammi per volta) ed affrontano senza timore il non leggero pericolo dell' avvelenamento, perciocchè asseriscono che basta la immediata sospensione del rimedio per arrestarne i danni (2).

Intorno alla prescrizioue della dose si occupò in diverse sedute l' Accademia di Medicina di Bordeaux sul finire dell' anno 1868, ed ivi pure dai diversi pratici che presero parte alla discussione si manifestarono su tal riguardo idee molto differenti ed opposte.

Sostennero difatti i Signori *Chatard* e *Marx* che il bromuro di potassio è di mirabile effetto, somministrato

---

(1) Il primo che esperimentò tale medicamento fu M. *Puche*, e lo amministrò, secondo ciò che ci narra *Trousseau*, alla dose di 2 a 4 o 6 grammi, e progressivamente fino a quella di 10 a 15 e 20 grammi, dopo 8 giorni di cura.

(2) M. *Vulpian* invece ci dice che il bromuro di potassio in dose di 6 grammi ha portato tristi effetti, i quali consistono in sintomi di debolezza generàle, e persino di vera paralisi, con impossibilità di camminare, incontinenza di feci, disfagia, incontinenza di urine. M. *Charcot* constata pure simili inconvenienti, e *Brown-Séquard* ha veduto che persino in dose continuata di grammi 4, il bromuro ha prodotto negli epilettici effetti paralizzanti. Contro questi sintomi di avvelenamento si preferisce al restare inerti, in aspettazione della eliminazione del rimedio, la somministrazione della stricnina.

in dose relativamente alta, ed il primo dei due somministrò il bromuro in dose di 7 grammi ad un bambino epilettico, sino ad ottenere la corizza, la salivazione abbondante, la fetidità d' alito, lo eruzioni cutanee; sintomi di incominciato avvelenamento. Lo stato dell' infermo per tale trattamento migliorò moltissimo. Il secondo lo usò con buon effetto in femmina epilettica di 16 anni, nella dose di 8 grammi. I Signori *Lugeol* e *Meran* invece pensano che per ottenere buon effetto dal medicamento non sia necessario somministrarlo in dose molto alta, e difatti il primo lo ha usato alla dose di 2 grammi per giorno, nel caso di una donna epilettica di 40 anni, diradando gli accessi per modo che se prima si ripetevano ogni otto giorni, dopo la cura insorgevano brevissimi ogni 3 mesi. Con buon successo ha dipoi somministrato il bromuro in dose di grammi 1 ad una bambina di 14 anni, in dose di grammi 0,25 ad un bambino non ancora adolescente.

Nei casi qui pubblicati invece si è seguito la norma di coloro che prescrivono il rimedio in dose permanente, od a lunghi intervalli; ed il vantaggio di tal modo di somministrazione appare evidentemente dai buoni effetti ottenuti.

Conviene però distinguere rispetto alla dose la diversa natura dei casi in cui il bromuro viene prescritto.

Nella cura radicale di certe nevrosi, vale secondo alcuni la somministrazione del rimedio a dosi molto alte, continuate per molto tempo e crescenti: per la indicazione sintomatica invece la dose moderata consegue pienamente il suo effetto, nè questo per lo più tarda a manifestarsi (1).

---

(1) La dose moderata però giovò a certo C. B., giovinetto di circa 14 anni, affetto da epilessia da pochi mesi, con accessi numerosi nella

Il valore dei fatti narrati aspetta la riconferma di chi continui le esperienze, nell' intendimento di giovare con molteplici mezzi terapeutici all' umanità sofferente, alla quale torna pur tanto gradito il rimedio che lenisce soltanto il dolore, ancorchè questo sia cagionato da malattie inamovibili e di esito fatale.

---

notte, specialmente preceduti dall' aura che allora si dipartiva dall' epigastrico e risaliva in alto. Era egli piuttosto gracile, molto pallido, alquanto disordinato nel muoversi. Probabilmente qualche segreta mala pratica, verificatasi in seguito, era da giudicarsi siccome cagione di tale gravissima malattia, giacchè l' esame obbiettivo dell' infermo dava risultati affatto negativi, nè le funzioni dell' organismo si mostravano perturbate. Solo era abituale nell' infermo una leggera stitichezza, che facilmente fu vinta da qualche blando lassativo. Procurai che la sorveglianza della madre fosse costante, ad impedire il rinnovarsi delle cattive pratiche dell' infermo, e somministrai a questo il bromuro di potassio, cominciando dalla dose giornaliera di un grammo, sciolto in 100 grammi di acqua distillata. Dopo quindici giorni circa di tale somministrazione, gli accessi si fecero molto più rari, e dopo altrettanto tempo scomparvero. A mia insaputa si sospendeva il rimedio, e non tardarono gli accessi a ricomparire. Versava il fanciullo in condizioni economiche non troppo felici, laonde fu giocoforza il collocarlo nell' Ospedale Maggiore, dove fu rinnovata la somministrazione del bromuro di potassio. Già le cose volgevano al meglio, quando per ragioni di disciplina specialmente veniva licenziato dall' Ospedale. A casa io gli feci continuare la cura del bromuro, di cui andai aumentando la dose fino ai 2 grammi. Per più di 4 mesi nel ragazzo non si ebbe rinnovamento degli accessi, e pareva davvero che più non avessero a ritornare, quando rientrato nell' Ospedale Maggiore per altra malattia di lieve conto, si trovò accidentalmente a contatto di altri individui epilettici, e si rinnovarono gli accessi, dopocchè li vide insorgere nei compagni.

Dei punti dolorosi nelle malattie croniche del ginocchio. — Osservazioni del Dott. *Giuseppe Ruggi* Medico-Chirurgo Primario Sostituto dell' Ospedale del Ricovero di Bologna.

Nei primi mesi dell'anno passato (1870) pubblicai un lavoro intitolato « *Considerazioni fisio-anatomico-cliniche sulla genesi degli spostamenti che più di frequente tengono dietro alle infiammazioni del ginocchio* » (1), ora in base delle cose già esposte, ed a conferma ancora di alcune di queste, parlerò delle sensazioni dolorose nelle malattie croniche del ginocchio, e specialmente nella sinovite fungosa.

Il dolore, il quale è generalmente il primo fenomeno che infastidisce gli infermi in ogni malattia, è quello pure che bene spesso ci rende consci dell' esistenza di un processo morboso in una determinata articolazione. Non voglio negare con questo che in alcune forme morbose articolari non si presenti come primo fenomeno la gonfiezza della parte malata; solamente il dolore però è quello che prostra assai l' infermo, e che lo costringe a prendersi cura della sua salute. Sotto questo punto di vista il dolore si potrebbe considerare come un beneficio della natura, desiderabile in tutte le forme morbose articolari, essendo certi allora che molte di queste non darebbero origine a dei tumori bianchi (2).

——

(1) Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna, Fascicoli di Gennaio e Febbraio 1870.

(2) Nella pratica giornaliera egli è facile osservare degli individui i quali portano, anche per mesi, un ginocchio molto tumefatto, senza preoccuparsi del loro stato, perchè non hanno dolore. Dessi risentono solo una leggera difficoltà nei movimenti e senso di stanchezza nell'arto, do-

Le malattie del ginocchio nelle quali il dolore è primitivamente intenso, comprendono tutte quelle forme morbose nelle quali il processo infiammatorio tiene fino da principio un' andamento molto acuto (sinovite acuta ad essudato sieroso o siero-purulento, sinovite suppurativa acuta, sinovite cruposa di Bonnet ecc.). In tutti questi diversi modi nei quali può presentarsi il processo infiammatorio delle articolazioni, il dolore, benchè spesso molto intenso, non offre una importanza speciale. Desso, a mio avviso, assume invece un' interesse clinico importantissimo nelle malattie croniche del ginocchio, e specialmente nella così detta artrite fungosa, tanto quando esordisce dalle parti molli (tumor bianco); come quando ha nascimento dalle ossa (artrocace).

Il nostro celebre *Monteggia*, parlando dell' *artrocace*

---

po aver percorso un tratto di strada piuttosto lungo. Questa infermità, avente l' aspetto più benigno può essere l' esordio di una terribile malattia che comprometterà l' arto, e più che l' arto, l' esistenza stessa dell' individuo. Difatti se questi è scrofoloso, e non viene curato convenientemente, il processo bene spesso si difonde dalla sinoviale alle parti vicine (legamenti, cartilagini, ossa) e finisce nel così detto tumor bianco, che è l' infiammazione e la successiva alterazione profonda della maggior parte degli elementi che concorrono a formare un'articolazione. Se l' individuo è sano e robusto, l' infiammazione che si diffonde tiene un andamento diverso. Ora cioè assale i capi articolari ossei e le cartilagini d' incrostazione e si ha la così detta artrite deformante, che è l' antitesi del tumor bianco; ora invece aggredisce il periostio dell' epifisi per modo che i legamenti si allungano. Nel ginocchio questo allungamento si verifica nei legamenti laterali e nell' interno della rotula. L' articolazione perde allora della propria solidità. Due soli casi di tal genere ho veduto fino ad ora. Il primo era un malato della Sezione Chirurgica del ch. Prof. *Rizzoli*; il secondo un' ammalato della pratica privata del Dott. *Verardini*. Questi aveva sofferto di sifilide.

per ulcerazione primitiva delle cartilagini (1) dice: *quando sono ulcerate le cartilagini del ginocchio vi ha dolore nell' articolazione ecc.* e più oltre *questo dolore corrisponde specialmente alla parte interna della tibia, ma si estende talvolta all' osso intero* (2).

Il *Nélaton* parlando del tumor bianco nell' articolazione femore tibiale, così scrive « *Quand la tumeur blanche a pour siége primitif les condyles du fémur ou du tibia, la maladie prélude par des douleurs sourdes, violentes, qui se fixent en un point de l' articulation qui varie selon les cas, tantôt ou condyle interne du fémur ou du tibia, d' autres fois à la partie inférieure de la rotule ou de la tubérosité du tibia, rarement dans un point correspondant à la partie externe. Aussi, frappé de cette constance dans le siége des douleurs qu'accusent alors les malades, remarquant d' ailleurs que dans ces cas ils ont la jambe fléchie, en même temps que le poids du pied entraîne le tibia dans la rotations en dehors, M. Richet a pensé que les douleurs fixes étaient occasionnées par le tiraillement que les ligamens rotulien et latéral interne exercent sur les points osseux enflammés auxquels ils s' attachent, traction quì s' explique très bien par la rotation du tibia en dehors, et la fle-*

---

(1) L' ulcerazione acuta delle cartilagini, ammessa pure da *Brodie*, secondo *Vokmann*, non è il processo primario. Desso si presenta solo quando ad una assai violenta sinovite con scarsa suppurazione, si congiungono violenti contrazioni muscolari, le quali stringono l' uno contro l' altro ed in singoli punti, le cartilagini articolari, per modo che l'ulcerazione delle stesse diventa ben presto l' alterazione principale. (Vedi *Pihta* e *Billroth* Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie. Zweiter Band, Zweite Abtheilung 1865).

(2) Vedi Istituzioni Chirurgiche di *G. B. Monteggia*. Vol. 1° pag. 279, Milano 1857.

xion forcèe de la jambe (1). *Ce chirurgien, pour étayer son opinion, fait remarquer combien sont douloureuses les pressions, quelque légéres qu' elles soient, lorsqu' elles sont continuelles.* » (2).

La spiegazione che, secondo il *Nélaton*, il *Richet* dà dei fenomeni sopra esposti viene in parte ripetuta ed appoggiata ancora dal *Jamain*. Ecco quello che egli scrive parlando del tumor bianco dell'articolazione femoro-tibiale: *quando le ossa sono alterate, gli infermi avvertono dolori cupi, forti principalmente verso il lato interno dell' articolazione. Questo dolore è stato attribuito alla trazione che la rotazione della tibia in fuori esercita sopra i legamenti interni* (3).

Dalle poche cose che ho potuto raccogliere su tale riguardo risulta chiaro adunque, che gli autori si sono occupati altre volte di questo argomento; ma siccome mi è parso che intorno al medesimo non fossero per anco istituite tutte quelle ricerche che sono nell' interesse dell' arte e della scienza nostra, ho intraprese le attuali indagini clinico-anatomiche, il risultato delle quali ora

---

(1) *Bichat*, mediante esperienze praticate su i cani, dichiarò che i legamenti erano insensibili tanto all' azione degli agenti chimici che meccanici. *Velpeau* nega la sensibilità ai legamenti, e nelle distrazioni ammette lesione della sinoviale sottostante. *Magendie* che ha ripetute le esperienze di *Richet* ammette una certa sensibilità nei legamenti. *Richet* finalmente dice che i legamenti per se sono insensibili; ma che le loro inserzioni alle ossa continuandosi col periostio e l' osso, dove si trovano ad evidenza dei nervi, possono allora che sono stiragliati o lacerati dare dolore. (Mémoire sur les tumeurs blanches. Paris 1853).

(2) Vedi *Nélaton*. Élémens de Pathologie Chirurgicale. Vol. 2° pag. 272. Paris 1847-48.

(3) *Jamain*. Patologia speciale chirurgica. Vol. 1° pag. 465. Napoli 1859.

pubblico nella speranza che possa riuscire di qualche utilità.

Dietro l' esame accurato dei vari casi clinici che mi venne fatto fino ad ora d'osservare, sia nella mia pratica, come in quella di altri, ben posso asserire, in tesi generale, che nella più parte delle malattie croniche del ginocchio, il dolore ha sua sede a preferenza sul lato interno. Questo fatto, che appoggerebbe in parte le parole del *Monteggia* e del *Nélaton*, lo riscontrai in molte forme morbose di apparenza, e d' interesse clinico assai diverso, per modo che fui condotto a ritenere, anche col semplice esame dell' ammalato, non essere questo dolore sempre dipendente dalle medesime alterazioni. Noi vedremo però, che alcune condizioni anatomiche ci rendono spiegazione di molti casi di aspetto esteriore del tutto diverso.

Nell' esposizione dei casi clinici ed anatomo-patologici sarò più che sia possibile conciso, e non parlerò che di quelli, i quali mi condussero a qualche conclusione importante. Rispetto poi all' ordine che seguirò nel trattare dei medesimi, mi atterrò esclusivamente all' epoca nella quale i singoli casi mi si presentarono.

In ogni ginocchio preso in esame, troveremo qualche particolarità che lo rende interessante. Sarebbe quindi necessario possedere molti fatti bene studiati per tracciare con precisione tutte le contingenze morbose possibili, e che possono spiegare certe forme speciali di dolore. Egli è però difficile nell' uomo sorprendere i singoli morbi nei loro diversi periodi; nelle malattie articolari, questo è anche più raro, in quantochè gli infermi di tal genere generalmente non muoiono che a processo molto avvanzato. Solo da chi possiede estesi mezzi di osservazione adunque possono farsi degli studi completi; io porto intanto il mio piccolo tributo nella dolce lusinga che un

giorno o l' altro possa con maggiore agio ripetere questi ed altri studi interessantissimi.

Il primo caso, che potei esaminare e studiare con diligenza, mi capitò ai primi dell'anno 1870. — Aldrovandi Paolo, uomo di circa 45 anni, il dì 3 Gennaio 1870 entrò nell' Ospedale del Ricovero con una poliartrite, giudicata d' indole reumatica, e che si localizzò al ginocchio del lato sinistro. La parte era molto tumefatta e dolente, massime al lato interno, la gamba, alla fine del Gennaio stesso, flessa ad angolo retto sulla coscia. Assai caratteristica era la maniera nella quale detto infermo riposava nel letto. Rispetto al tronco, due posizioni solo gli riuscivano possibili; la giacitura supina, e quella sul lato sano. Rispetto poi alla maniera in cui teneva l' intero arto sinistro; quando stava supino, ora lo conservava in direzione verticale, ed ora rotato verso l' interno ed addotto; giacendo egli poi sul lato sano lo teneva naturalmente rotato in dentro. La giacitura ordinaria, conservata dalla maggior parte degli infermi (abduzione e rotazione esterna dell'intero arto malato), gli riusciva assolutamente impossibile. Egli diceva che in tale posizione si inasprivano i dolori sul lato interno, dove gli si calmavano assai colle posizioni che l' ammalato presceglieva istintivamente. Passato qualche tempo i dolori si fecero anche più vivi, ed allora un altro punto al quale dessi s' irradiavano, corrispondeva alla testa del perone. Ai 5 di Marzo 1870, dopo mille strazi, essendo stato colto da scorbuto, che quasi epidemico regnava allora nel nostro Spedale, l' ammalato se ne moriva. Fu mia cura l'eseguire con sollecitudine e colla massima esattezza possibile l' esame del pezzo, cercando di stabilire le condizioni anatomiche che furono l' origine dei dolori, e che costrinsero l' infermo a tenere coll' arto una giacitura che non è frequente l' osservare.

Il ginocchio sinistro era tumefatto; la gamba flessa, le ossa che lo formavano alquanto spostate all' indietro. Facili i movimenti di lateralità e di rotazione della gamba, stante il rilassamento dei legamenti. La rotula spostata all' esterno ed in avanti per la raccolta di liquido nella sinoviale sottostante. La cute, che ricopriva la faccia anteriore del ginocchio, era sana, difficilmente dissecabile, pell' infiltramento plastico del tessuto cellulare. Gli altri strati pure (aponeurosi, tendini, legamenti), che si trovano prima di arrivare alla cavità articolare, erano sclerotici, e confusi l' uno coll' altro, cosicchè a mala pena si distinguevano. Aperta la cavità articolare colò una certa quantità di pus avente un colore cupo, e dove vi era commisto del sangue profondamente mutato. Asportata la capsula ed il legamento rotuleo, incisi i legamenti laterali ed i crociati, come si vede nella Figura 1, onde scostare le ossa e mettere bene in vista le superfici articolari, trovai la metà posteriore del condilo interno del femore privo della cartilagine d' incrostazione, e distrutto in gran parte da un processo di carie (Fig. 1, *b*). Il tessuto spongioso dell' epifesi, qua e là maggiormente distrutto, presentava come delle cavità circoscritte nelle quali lo specillo potevasi insinuare per buon tratto (centimetri 1-1[2). La superficie articolare corrispondente della tibia era essa pure assai alterata dal processo di carie. Dette alterazioni si riscontravano in ispecial modo alla parte interna e posteriore di detta superficie (Fig. 1, *f*), giacchè alla parte esterna ed anteriore della medesima (Fig. 1, *h*) mancava solo la cartilagine d' incrostazione; la laminetta ossea articolare non era cariata. Della cartilagine semilunare di questo lato non rimanevano traccie.

Risultati assai diversi ebbi dall' esame delle altre parti componenti l' articolazione. Difatti la superficie artico-

lare esterna del femore e della tibia, la parte più anteriore del condilo interno del femore, nonchè la cartilagine semilunare e la superficie articolare della rotula, erano in condizioni relativamente buone (Fig. 1, *g*, *a*, *k*). In tutte le accennate superficie ossee esisteva la cartilagine d' incrostazione; dessa era però qua e là assotigliata per modo che aveva perduto assai nella sua levigatezza. Questo fatto era poi pronunciatissimo là dove il condilo esterno del femore si vedeva aver riposato sulla superficie corrispondente della tibia.

Dopo questo reperto anatomo-patologico erano evidenti le condizioni morbose, che costringevano detto infermo ad assumere nel letto quella speciale giacitura; come riusciva ovio d' altra parte il comprendere, perchè i dolori dovessero avere sede a preferenza all' interno. Rispetto al primo quesito, cioè alla speciale posizione nella quale il malato riposava il proprio arto, rinvenni in questo caso la più esplicita conferma a ciò che su tale rapporto esposi già l' anno passato (1). L' ammalato cioè sceglieva in realtà quella posizione che gli riusciva meno dolorosa, e ciò avuto riguardo alle alterazioni anatomiche che su tale articolazione si riscontravano. Quanto poi al secondo quesito, cioè alla prevalenza del dolore sul lato interno, desso era determinato, in questo caso, dalle profonde alterazioni delle superficie articolari che avevano loro sede a preferenza su detto lato. Ma le cose corrono sempre a questo modo? Il fatto seguente dimostra il contrario.

Nell' inverno dell' anno passato (1870), frequentando l' Ospedale Meggiore, mi venne fatto d' osservare nella Sezione Chirurgica del Ch. Prof. *Rizzoli*, un individuo

---

(1) Vedi Memoria citata.

affetto da tubercolosi polmonare, il quale lamentavasi per un dolore al ginocchio destro, che aveva sua sede a preferenza sul lato interno. Questo dolore si esacerbava coi più leggeri movimenti della gamba, e colla pressione esercitata, mediante il polpastrello del dito, lungo la faccia anteriore della tibia; e ciò fino alla metà della sua lunghezza. L' arto era semiflesso, rotato all' esterno ed abdotto. Il ginocchio alquanto gonfio e caldo, era poco dissimile per gli altri caratteri esteriori dal sinistro.

Questo individuo venuto a morte, non molto tempo dopo, stante la gentilezza del Ch. Prof. *Rizzoli* e la diligenza del suo assistente il Dott. *Alfonso Barbieri*, mi ebbi il pezzo da esaminare.

Il ginocchio era sempre semiflesso, i movimenti rigidi, ma abbastanza normali. La rotula a suo posto. Nella dissezione degli strati superficiali, o parti molli dell' articolazione, non trovai nulla di notabile. Arrivato alla cavità articolare, rinvenni entro la medesima una leggera quantità di liquido siero-purulento, la sinoviale arrossata, i legamenti e le cartilagini interarticolari di dimensioni ed aspetto normale. La cartilagine d' incrostazione, che ricopriva la superficie articolare interna della tibia, era alquanto erosa, e facilmente distaccabile; quella che ricopriva la superficie articolare esterna era piuttosto scabra, giallognola, e facile a distaccarsi, come la precedente. L'osso, sottostante alle accennate cartilagini, era ruvido, e sembrava cariato. Segata la tibia in un piano che andava da destra a sinistra, seguendo l' asse della tibia stessa, come si vede nella Figura 2, riscontrai la sostanza spugnosa dell' epifisi, costituita da areole molto larghe, ripiene della midolla avente un colore rosso-giallastro cupo (Fig. 2, *a*, *b*). Dessa faceva un bel contrasto colla midolla della diafisi, avente l' aspetto pressochè normale (Fig. 2, *c*, *d*). In corrispondenza della parte interna

dell' epifisi tibiale, ed a poca distanza dalla superficie articolare, molte laminette dell' osso essendosi distrutte, erasi costituita una cavità nella quale contenevasi un materiale caseoso, che avvolgeva un sequestro, grande poco meno della cavità stessa (Fig. 2, *e*). L' accennata cavità misurava nel suo maggior diametro, che era trasversale, centim. 1, e nel più corto, che era verticale, millim. 8. Sollevato il sequestro, lo specillo misuratore introdotto nel cavo indicato, segnava 1 centim. di profondità. Come si vede ancora nella Figura indicata, la distruzione avvenuta nella sostanza spugnosa dell' epifisi, aveva una forma di un triangolo o di una piramide cava, la base della quale era in alto (Fig. 2, *f*), e distava dal margine libero della superficie articolare interna della tibia mill. 3 circa. Finalmente anche il femore era profondamente malato. Le cartilagini anche in questo si distaccavano con facilità, e le singole maglie della sostanza spongiosa dell' epifisi erano ripiene della midolla alquanto arrossata.

Dall' esame fatto, risulta adunque chiaro che in questo caso si trattava senza dubbio di una malattia articolare sintomatica alla osteomielite, in una parola di un artrocace, con prevalenza del processo alla parte interna della tibia, dove esisteva un focolaio suppurativo, con formazione di sequestro e degenerazione caseosa del pus. Questo fatto è di molto interesse, giacchè vari chirurghi del passato per spiegare appunto i dolori che si fissano in un determinato punto dell' articolazione, sospettarono l' esistenza di detti centri suppurativi che chiamavano tubercoli ossei. L' accennata supposizione però non avendo avuto ancora una conferma dall' anatomia patologica, fu negata da altri, e specialmente dal *Richet*. Ecco come egli scrive nella sua Memoria sui tumori bianchi. « *On voit un grand nombre de malades affectés de tumeurs*

blanches se plaindre d' une douleur fixe dans un point de l'articulation, toujours le même pendant toute la durée de la maladie » indi più oltre « *c'est là, on le comprend, quelque chose d' assez singulier, qu' une maladie qui affecte une jointure dans sa totalité puisse ainsi donner lieu à une douleur concentrée sur un seul point; aussi plusieurs chirurgiens l' ont-ils attribuée à une osteite circonscrite, ou au développement d' un tubercule dans l' os auquel le malade rapporte la souffrance. Mais l'anatomie pathologique vient donner un démenti formel à cette opinion, en démontrant qu' il n' y avait là aucune production pathologique* » (1). Il mio caso invece è una esplicita conferma a ciò che veniva puramente presentito dagli antichi, e benchè questo, come vedremo, non sia il fatto più ordinario e costante, pure si dà, ed io credo che il pezzo patologico sopradescritto lo dimostri ad evidenza (2). Il *Richet*, per spiegare i fenomeni dolorosi prevalenti all' interno, avrebbe ricorso nel primo, come nel secondo caso, allo stiramento del legamento laterale interno; io invece li spiego rendendo cognite le alterazioni che si rinvenivano nelle ossa. Ma per ciò che riguarda la teorica del *Richet* si può aggiugnere ancora che nello stato di flessione del ginocchio, con abduzione e rotazione esterna dell' intero arto, posizione conservata dal secondo infermo, e dalla maggior parte degli ammalati di tal genere, il legamento laterale esterno è costantemente teso, mentre l' interno può trovarsi anche in un certo grado di rilassa-

---

(1) *Richet*. Sur le tumeurs blanches. Mémoire de l' Académie Impériale de Médecine Vol. 17° pag. 183.

(2) Il preparato a cui accenno l' ho regalato al nostro Gabinetto di Anatomia Patologica.

mento. Come già ne feci parola altra volta (1), questo si deve al movimento d' adduzione che subisce la gamba. Ora se le cose stanno a questo modo, come mai non si ha dolore a preferenza verso l' esterno, dove si ha pure di frequente la tensione del legamento laterale che vi corrisponde ?

Il *Richet* dopo i brani sopraesposti così prosegue a dire nella sua Memoria citata: « *cette douleur s' observe aussi bien et plus ordinairement même dans les synovites chroniques avec épanchement considérable que dans les ostéites articulaires proprement dites.* » Il caso che segue appoggia ben poco le citate parole dell' autore.

La Signora Clementina T. della Baricella (Provincia di Bologna), d' anni 29, affetta da sinovite fungosa del ginocchio sinistro, consecutiva a sinovite ad essudato sieroso copiosissimo, e che aveva durato molti mesi, fu visitata da me il 15 Novembre 1869. Dessa mi raccontò che mentre si trovava nella convalescenza della prima malattia, cioè della sinovite ad essudato sieroso, quando il liquido era stato assorbito quasi completamente, e quando infine le veniva permesso di muovere qualche passo, cominciò a risentire dei dolori sul lato interno del ginocchio, e precisamente a metà dello spazio che divide il condilo interno del femore dalla corrispondente tuberosità della tibia. Detti dolori andarono aumentando per modo che fu costretta di mettersi novellamente a letto e conservare la posizione la più immobile, onde non avere delle acerbissime sofferenze. Quando io la vidi, erano varie notti che non dormiva, a cagione dei dolori i quali insorgevano acutissimi in quella che si abbandonava al sonno.

——

(1) Vedi Mem. cit. pag. 15.

Esaminato l' arto ammalato, trovai che il ginocchio mostrava una certa tendenza alla flessione, era tumefatto, caldo, dolente al palpamento sul lato interno. Questi dolori si esacerbavano coi più leggeri movimenti della gamba. I legamenti tutti dell' articolazione erano rilassati, per modo che tirando sulla gamba si poteva allontanare l' estremo superiore della tibia dall'estremo inferiore del femore. Agendo in tal guisa i dolori si calmavano e cessavano anche completamente. Se voleva muovere l' arto, senza far sentire dolori alla malata, bastava facessi precedere al sollevamento del membro lo stiramento in basso dello stesso, trazione che bisognava mantenessi per tutto il tempo nel quale l' arto veniva tenuto sollevato. Infine bisogna faccia notare, come questo stiramento continuo mi fu giovevolissimo, per un certo periodo di giorni, onde scemare le sofferenze dell'ammalata (1). La conclusione che può dedursene si è, che anche in questa malata i dolori non derivarono da uno stato abnormale dei legamenti o dei punti di loro inserzione, come vuole il *Richet*; giacchè il dolore avrebbe dovuto aumentare durante queste trazioni esercitate sulla gamba. Il 3 Maggio 1870, essendo peggiorato assai lo stato infiammatorio della parte, l' inferma cominciò a lagnarsi di dolore al lato esterno dell' articolazione, e precisamente in un punto che corrispondeva alla testa del perone. Di quì il dolore irradiavasi alla parte esterna ed inferiore del femore, dopo abbracciato a mo' di fascia il condilo corrispondente

——

(1) Il *Volkmann* (opera citata) raccomanda pure, in certi casi di infiammazioni articolari fungose, lo stiramento continuo dell' arto, che eseguisce mediante pesi applicati all' estremo inferiore dell' arto. Io invece ottenni il medesimo effetto fissando il piede, che si trovava in un piano superiore, e lasciando al peso del corpo di eseguire la trazione.

dello stesso. Il dì 27 Giugno 1870, versando l' ammalata in condizioni sempre più tristi, eseguii l' amputazione della coscia al suo terzo medio. Venuto allo studio anatomico del pezzo patologico, mi colpì il vedere i nervi periarticolari, che derivavano dal safeno interno, assai sviluppati; onde mi proposi in altra circostanza di prepararli con diligenza. Nell' esame delle altre parti molli periarticolari, nulla rinvenni da fermare l' attenzione. Aperta l' articolazione vidi colare dalla stessa pus in copia. Di più vidi le cartilagini semilunari scomparse, le cartilagini d' incrostazione del femore e della tibia d'ambo i lati, ulcerate nei punti di contatto, le ossa sottoposte cariate. Le accennate alterazioni delle cartilagini e delle ossa, erano assai più manifeste all' interno, che all'esterno lato. Il femore e la tibia, specialmente nella porzione spongiosa epifisaria interna, affetti da marcata osteomielite.

Dalla narrazione dei fenomeni presentati dall' inferma, nonchè dalla esposizione dei reperti anatomo-patologici indicati, non credo difficile il poter dire che i dolori accusati dalla nostra inferma erano determinati dalla carie e dalla osteomielite, successiva alla ulcerazione cartilaginea.

Un caso consimile al precedente l' osservai in una certa Virginia Masotti, fanciulla di 14 anni, alla quale eseguii con successo la resezione completa del ginocchio destro. Della medesima non tengo ora un esteso discorso, perchè non farei che ripetere il già detto superiormente; di più perchè la storia alla quale accenno si trova già pubblicata (1). In ambedue queste malate si ebbe un tu-

---

(1) Vedi Rivista Clinica di Bologna, fasc. di Aprile e Maggio 1871. Nel Gennaio 1870, la Masotti essendo entrata per la prima volta nell'

mor bianco, l' arto fu sempre mantenuto esteso da un' apparecchio, il dolore fu primitivamente interno, poi esterno, e finalmente all' autopsia del pezzo, l' alterazione delle cartilagini, la carie delle superficie ossee ed il processo d'osteomielite furono trovati più avanzati all'interno che all' esterno lato. La spiegazione di questi singoli fatti a suo tempo.

L' ultimo caso finalmente che offre il massimo interesse è il seguente. Migliori Cleto di Bologna, d'anni 19, affetto da sinovite fungosa al ginocchio destro, entrava

---

Ospedale del Ricovero, collo scopo di essere curata della malattia al ginocchio destro, trovai questo molto tumefatto, dolente in corrispondenza del condilo interno del femore. Questo dolore si risvegliava colla più leggera pressione, ed era circoscritto ad un punto ristrettissimo. Nel luogo dolente, come sul lato esterno del ginocchio, si sentiva la sinoviale distesa da liquido. Poco sopra la rotula spostata in avanti, si avvertiva una durezza ossea che stava in luogo della grande sacca fluttuante, caratteristica degli igromi genuini. La deambulazione e la stazione eretta non riuscivano dolorose; la flessione solo della gamba sulla coscia esacerbava il dolore nel punto indicato. La pressione esercitata sul lato interno della capsula sinoviale non faceva aumentare la pressione del liquido che si trovava sul lato esterno e viceversa; sembrava che qualche cosa d' intrarticolare intercettasse la comunicazione diretta della parte esterna coll' interna dell' articolazione. Questo dolore non poteva dipendere da una malattia dei legamenti, perchè esacerbava colla flessione, nel momento cioè che questi si mettevano in un leggero grado di rilassamento. Sospettai trattarsi di una distensione parziale della sinoviale e della capsula fibrosa, determinata dal liquido raccolto nell' articolazione. Applicai un' apparecchio inamovibile. Il dolore si calmò, poi scomparve insieme al liquido che costituiva l' igroma. Noi conosceremo fra poco quali sono le condizioni patologiche che possono circoscrivere una raccolta di liquido ad un determinato punto dell' articolazione.

Passato qualche tempo, il processo infiammatorio articolare esacerbò novellamente, e diede origine ad un vero tumor bianco simile a quello della Clementina T.

nell' Ospedale del Ricovero il dì 9 Novembre 1870. Figlio di genitori poco sani fu infermiccio fino dall' infanzia. A 10 anni cominciò la malattia per la quale chiedeva a noi soccorso. Il primo fenomeno ad apparire fu un piccolo tumoretto corrispondente alla tuberosità anteriore della tibia, che si aprì dando esito a pus siero-sanguinolento. D' allora in poi rimase in detta località un seno fistoloso che non si chiuse più. Stabilitasi l' apertura di questo primo tumoretto, altri ne apparvero successivamente attorno all' articolazione, ma nella parte posteriore. Le lesioni funzionali consistevano da principio in un leggero zoppicamento che andò mano a mano crescendo, talchè nel 1868 gli fu necessario usare delle stampelle. Il ginocchio in quel tempo era voluminoso, la gamba semiflessa, rotata all' esterno ed abdotta. Alla sua entrata nell'Ospedale erano tre mesi che si trovava obbligato al letto. I più leggeri movimenti dell'arto risvegliavano vivi dolori, specialmente alla parte interna del ginocchio.

Nel tempo che l' ammalato fu nell' ospedale si andò lagnando per questi dolori alla parte interna dell' indicata regione, che egli diceva d' origine profonda. Palpando su qualunque punto della faccia anteriore del ginocchio, molto tumida per raccolta cospicua di liquido nella sinoviale, l' infermo risentiva dolore. Questo non era però simile a quello che spontaneamente avvertiva alla parte interna del ginocchio.

La posizione preferita dall' infermo era la giacitura sul lato malato, colla gamba flessa ad angolo retto, e l' intero arto rotato all'esterno ed abdotto. Le alterazioni del ginocchio peggiorando ognora più ed il generale pure promettendo assai poco, il dì 3 Marzo 1871 eseguii l' amputazione della coscia al suo terzo medio.

Nell' esame anatomico che feci della parte malata ebbi a rilevare le seguenti cose: ginocchio flesso ad ango-

lo retto, tumido, specialmente alla parte anteriore ed interna. Pelle pallida, perforata qua e là da seni fistolosi, rotula spostata all'esterno (semilussata), gamba mobile in tutti i versi, leggermente abdotta nei tentativi di estensione. Al disotto del cellulare, e ad immediato contatto colla capsula fibrosa articolare, costituita dall' espansione ed intrecciamento delle fibre tendinee del quadricipite, trovavasi una cospicua rete nervosa, che ho voluto rappresentare colla Fig. 3. Questi nervi, che in altre circostanze, come già dissi, vidi pure assai ipertrofici, sono diramazioni del safeno interno e tutti i trattatisti li riportano. Dessi non assumano però mai uno sviluppo tanto considerevole (1).

---

(1) Il ramo indicato nella Fig. 3 colla lettera *c* lo mandai al ch. Prof. *Taruffi*, affinchè lo esaminasse al microscopio. Il sunnominato Professore mi rese cognite le sue ricerche colla seguente lettera, la quale riporto testualmente essendo di molto interesse.

Chiarissimo Dottore

La branca rotuliana notevolmente ingrossata del safeno interno, che Ella mi ha inviata da esaminare, osservata al microscopio mediante taglio trasversale, presenta quattro cordoni nervosi collegati fra loro con lasso tessuto connettivo. Questi cordoni o fasci nervosi paragonati con quelli d' un nervo fisiologico omonimo hanno un diametro alquanto più grande, stando i primi ai secondi nel rapporto di 6 a 4 centim. di millim. Il perinervo di ciaschedun cordone non offre alcuna alterazione, tranne lo sviluppo più pronunciato d'alcune cellule, le quali appariscono generalmente rotonde nei tagli trasversali dei nervi (Fig. 9, *a*, *a*, osservate ad un ingrandimento di 450 diametri), mentre nei tagli paralelli si vedevono allungate e fusiformi (Fig. 10, *a*, *a*).

Le modificazioni avvenute nelle fibre nervose e nei loro rapporti sono invece molto interessanti. Le singole fibre più non si toccano fra loro, essendo allontanate più o meno mediante una sostanza amorfa, grigia, pallida, che s' interpone fra tutte (Fig. 9, *b*, *b*). Le medesime fibre

La Fig. 4 indica presso a poco come si trovano questi nervi nello stato fisiologico. Ambo le figure chiariscono, come due principalmente siano i rami che si stac-

---

inoltre presentano una grande varietà nella loro grossezza, alcune offrono un diametro 4 o 5 volte maggiore delle fibre fisiologiche, altre il volume ordinario, finalmente molte sono rimpiccolite sino ad un grado estremo. Le fibre più grosse in luogo di prestarsi ad un più facile studio della loro struttura non permettono che si riconosca il cilindro asse, essendo grandemente aumentata la sostanza midollare, la quale ha assunto un aspetto granuloso (Fig. 9, *c*, *c*). Esaminando tagli paralelli all' andamento del nervo si riconosce parimenti la sostanza amorfa interposta alle fibre, così pure la grande differenza di calibro fra le singole fibre (Fig. 10, *c*, *c*); anzi valutando la distanza che in alcuni punti intercorre fra loro havvi luogo a ritenere avvenuta la scomparsa d' un certo numero delle medesime. Si nota inoltre nel neurilema di ciascheduna fibra la presenza di cellule allungate, che si colorano fortemente col carmino (Fig. 10, *d*, *d*), lo che non avviene nella sostanza amorfa, finalmente si rileva lo stato granuloso della sostanza midollare delle fibre.

Per spiegare ora l' aumento di volume dei singoli cordoni della branca rotuliana, non si dovrà soltanto considerare la quantità di sostanza interfibrillare prodottasi, nè l' ingrossamento rilevante avvenuto in alcune fibre nervose, ma ben anche lo stato d' atrofia progressiva e la scomparsa di molte altre fibre, altrimenti l' aumento di volume dei cordoni sarebbe stato molto maggiore di quello che lo è di fatto, non essendo desso esclusivamente in rapporto colla neoproduzione interstiziale.

Molto più difficile riesce l' interpretazione della alterazione delle singole fibre, poichè se per una parte facilmente s' intende come la pressione esercitata dalla sostanza interstiziale debba far degenerare da prima la mielina sotto forma granulosa, poscia atrofizzare e distruggere buon numero di fibre, per l' altra non si può di leggieri concepire come alcune fibre si siano notevolmente ingrossate e ad un tempo degenerate. Questo fatto però non è nuovo trovandosi altrettanto nelle cellule epatiche sotto l' azione dell' epatite interstiziale.

In quanto all' origine della sostanza amorfa interstiziale si può facilmente indurla considerando la natura amorfa del neurilema, e nel caso speciale considerando il grande sviluppo di corpuscoli avvenuto nel neu-

cano dal safeno interno per distribuirsi alla faccia interna, anteriore ed esterna del ginocchio. Di questi l' uno è superiore (Fig. 3, *b*, e Fig. 4, *a*), l'altro inferiore (Fig. 3, *c*, e Fig. 4, *b*).

Il superiore passa in corrispondenza del condilo interno del femore, e portandosi da prima in avanti, poi verso l' esterno, dà un numero considerevole di ramoscelli che vanno via via allontanandosi per costituire una rete bellissima, le estremità terminali della quale s' intrecciano in basso coi rami dati dal tronco inferiore, in alto con quelli provenienti dal crurale, all' esterno colle diramazioni del piccolo ischiatico (1). Il ramo inferiore del safeno tiene un decorso quasi parallelo al primo; ma alquanto più basso. Desso passa generalmente in corrispondenza della tuberosità inferiore della tibia, e si mette in rapporto, in alto col superiore, in basso e verso l'esterno col ramo cutaneo peroneo. Ambo i rami provenienti dal safeno danno un numero considerevole di ramoscelli o filuzzi nervosi, che metton capo, parte nella cute, parte

---

rilema medesimo, per cui avvicinando questo fatto a molti altri congeneri, meglio cogniti, che si verificano in altri organi, si può ammettere che quivi è accaduta una *neurite interstiziale*, che ha dato luogo ad una falsa ipertrofia.

Queste sono le notizie che posso fornire rispetto all' ingrossamento dei nervi da Lei notato, il quale a mio avviso deve essere un avvenimento molto comune nelle iperplassie del tessuto connettivo, quantunque non conosca che un fatto analogo riferito da *Verneuil* e da me riportato in questo Giornale (vedi Vol. 10, pag. 81). Pieno di stima

Taruffi Cesare.

(1) Nella Fig. 4 l' anastomosi fra il tronco superiore ed inferiore è formata da un terzo ramo nervoso che viene direttamente dal safeno, e che passa sotto il muscolo sartorio. (Vedi Fig. 3, lett. *e*, *e*).

nella capsula fibrosa, e parte forse nella sinoviale sottostante. Ponendo attenzione all' andamento del ramo superiore del safeno, si scorgerà che il medesimo passando sopra l' articolazione, parallelamente al legamento laterale interno, e ad immediato contatto della capsula, può mutare assai di tensione a seconda della quantità di liquido che entro l' articolazione si riscontra.

Questo è certamente un fatto di grande rilievo poichè con esso è dato spiegare i dolori che si possono avere nelle distensioni rapide della capsula. Si noti per di più che nel tumor bianco, mentre si formano all' interno della sinoviale quelle vegetazioni dette fungosità, ben presto il propagarsi dell' infiammazione agli strati dei tessuti periarticolari, provoca in essi un identico processo neoformativo estesissimo, il quale dove da prima ha soltanto il significato di una proliferazione secondaria, può acquistare in seguito una tale estensione ed importanza, che gli avvenimenti all' esterno dell' articolazione prendono la preminenza. (*Artropatia extracapsulare di Velpeau*) (1). In queste circostanze pure l' accennata disposizione dei nervi non deve avere una influenza minima sulle sensazioni dolorose. Nel nostro caso però alterazioni molto più importanti di quelle fino ad ora ricordate richiamano la nostra più viva attenzione (2).

---

(1) Il *Richet* parlando della sintomatologia del tumor bianco, dice che il dolore può essere determinato dalla compressione dei tronchi nervosi, dei quali ha trovato qualche volta il neurilema infiammato. (Mem. cit. pag. 180).

(2) Colla conoscenza delle disposizioni nervose indicate può spiegarsi questo caso non tanto interessante che raro. — C. L. di Bologna, merciaio, giovane robusto, d' anni 30, il dì 15 Marzo 1870 venne a consultarmi per un male al ginocchio destro che lo travagliava da molto tempo. Mi raccontava desso che a 12 anni circa, mentre voleva ascendere

Mediante un taglio verticale aperta dal lato interno l' articolazione del ginocchio ne colò pus in copia avente i caratteri della marcia di buona natura. Rimossa questa, e detersa la cavità con acqua, mi venne fatto di scorgere un robusto setto che divideva la parte interna della cavità articolare dall' esterna. Questo sepimento, costituito da fungosità della sinoviale, da una parte aderiva al margine interno della rotella e del legamento rotuleo, dall' altra si confondeva colla sinoviale che ricopre i legamenti crociati, e con quella che si trova subito sopra la puleggia del femore, destinata ad articolarsi colla rotula. Nello spazio che restava fra questi due punti, il setto era strettamente applicato alla cartilagine della troclea, senza aderirvi. (Bisogna ricordarsi che la rotula era spo-

---

le scale, cadde e percosse la parte superiore anteriore della tibia su di un gradino. Il dolore che ne risentì fu vivo da principio, ma poco dopo potè ritornare alle sue occupazioni disimpegnandole perfettamente. Da questo momento però cominciarono a travagliarlo dei dolori fastidiosissimi che duravano uno o due giorni poi cessavano per ripetersi fra breve. Detti dolori, ora sotto la forma di trafitture, ora sotto quella di calore ardente, dal punto percosso ascendevano lungo la faccia interna della coscia, dopo avere abbracciato l' interno lato del ginocchio. Obbligato a zoppicare nei momenti che lo coglieva il dolore, fu giudicato da vari pratici del paese, come affetto da malattia articolare e con questa diagnosi fu anche riformato. Al momento in cui l' esaminai seguitavano i medesimi disturbi, che l'assalivano a quando a quando, specialmente nei mutamenti di stagione, e passati i quali stava bene e godeva di una florida salute. Esaminata la parte, trovai l' articolazione normalissima, sia per riguardo alla disposizione anatomica delle parti, come per ciò che spetta ai suoi movimenti. Sulla faccia anteriore e superiore della tibia trovai una tumidezza, poco rilevata, durissima, ricoperta dalla cute normale. Giudicai questa produzione neoformata una esostosi, ed i dolori che travagliavano l' ammalato li feci dipendere da una nevralgia nelle diramazioni sopraindicate del safeno.

stata all' esterno, e che riposava sul condilo corrispondente). Rotto l' indicato setto, pus rinvenni altresì nella parte esterna dell' articolazione; ma in quantità assai minore. Pulite con diligenza le due parti dell' unica cavità articolare, e confrontate fra loro, notai delle differenze abbastanza sentite. Le cartilagini interarticolari dall' una parte e dall' altra erano scomparse, confondendosi con le fungosità sinoviali. Le cartilagini d' incrostazione che rivestivano le superficie articolari interne della tibia e del femore, presentavano un colorito rosso-violetto, erano qua e là usurate, e nei punti dove reciprocamente si toccavano, erano distaccate dall'osso sottoposto ed aggrinzite. Sul lato esterno invece le superficie articolari coperte della cartilagine d' incrostazione erano leggermente opache e spulite, conservarono però il loro spessore e colorito normale; solo dove la rotula riposava sul condilo esterno del femore, la cartilagine era alquanto più sottile.

Nei punti dove la cartilagine era distaccata dall' osso, questi era scabro, di un colore giallo-rossastro, per la presenza di piccole granulazioni midollari che riempivano le celle del tessuto spongioso epifisario. Segata la tibia verticalmente vidi che la massa epifisaria si mostrava di un colorito rossastro, e che questo colorito era specialmente marcato nella parte interna di tibia che corrispondeva all' interno lato dell' articolazione. Identici risultati ricavai dall' esame del femore. Il condilo interno cioè era più malato dell' esterno.

Pertanto trattavasi di un osteomielite epifisaria con prevalenza del processo all' interno. La malattia delle ossa aveva preceduto la malattia dell' articolazione, in quanto che il tumoretto fluttuante ed il seno fistoloso successivo alla parte superiore anteriore della tibia, che furono i primi fenomeni avvertiti dall' infermo, tenevano a

malattia dell' osso, come fu dato di accertarmi nell' esame del pezzo anatomico.

Anche nel ginocchio di Cleto Migliori adunque abbiamo trovato il processo infiammatorio molto più avanzato all' interno che all' esterno lato. Questo fatto ci rende spiegazione da una parte dei dolori prevalenti all' interno; mentre dall' altra serve a farci comprendere perchè la rotula fosse spostata all' esterno. Intorno a quest' ultimo argomento, oltre le cose da me esposte in altra circostanza (1), potrei aggiungere ora che a distrarre il legamento interno della rotula, nonchè la parte di capsula fibro-tendinea che tiene quest' osso saldamente unito alla parte interna del femore e della tibia, vi contribuisce assai la prevalenza del processo infiammatorio sul lato interno dell' articolazione. Potrei ben anco aggiungere che a circoscrivere maggiormente il processo vi contribuisce la formazione di setti, i quali poi alla lor volta servono a far sì che la quantità più abbondante di liquido versatosi, per la intensità maggiore del processo infiammatorio, resti a preferenza sull' interno lato del ginocchio al disotto della rotula. Questa speciale disposizione anatomica, come s' intende chiaramente, deve contribuire a lussare la rotula all' esterno.

Nella esposizione di queste storie, pare a me che oltre le particolarità proprie a ciascun caso speciale, risaltino principalmente alcune alterazioni anatomiche, le quali ripetendosi con una certa costanza, rappresentano dirò quasi il tipo della malattia. Noi abbiamo studiato difatti nel primo caso preso in considerazione, un tumor bianco del ginocchio con diffusione della infiammazione alle cartilagini d' incrostazione ed alle ossa, e prevalenza di det-

---

(1) Vedi Mem. cit. pag. 52.

to processo alla parte interna. Quest' ultimo fatto ci dava sufficiente spiegazione dei fenomeni dolorosi accusati dall' infermo, nonchè della sua speciale giacitura.

Nel secondo caso abbiamo studiato un artrocace, una affezione cioè, dove la malattia dell' articolazione era secondaria a quella delle ossa. Anche in questo il dolore era a prevalenza interno, e l' alterazione delle ossa era pure più pronunciata da questo lato. In ambedue gli accennati individui esisteva la flessione della gamba sulla coscia.

Nel terzo e nel quarto caso erano due tumori bianchi, che per la natura delle alterazioni nelle superficie articolari si accostavano al primo, e ad ambedue (primo e secondo) per la prevalenza del dolore alla parte interna del ginocchio; differenziavansi però assai dall' uno e dall' altro, in quanto che il membro fu mantenuto sempre nella estensione con apparecchi speciali.

Il quinto caso infine che era un artrocace, perchè il processo infiammatorio aveva esordito manifestamente dalle ossa, il dolore era prevalente all' interno; ma l' alterazione pure delle ossa, e delle altre parti componenti l' articolazione, era più avanzata da questo che dall' altro lato. Concludendo adunque possiamo dire che in ogni caso studiato fino ad ora, la prevalenza del dolore interno fu sempre consecutivo alla maggiore intensità ed estensione del processo infiammatorio da questo lato; come possiamo aggiungere ancora che la comparsa dei dolori andò sempre associata alla infiammazione e successiva alterazione profonda delle ossa. Nelle malattie cioè, le quali ebbero origine dalla sinoviale, i dolori più vivi si presentarono colla diffusione del processo infiammatorio alle ossa; mentre nelle altre consecutive alla infiammazione delle ossa, i dolori si fecero più intensi, alloraquando il processo si avvicinò alle superficie articolari. Le

cartilagini d' incrostazione prive di vasi e di nervi non sentono, come non sente ne l' epidermide che ricopre la cute ne l' epitelio che riveste le mucose. Desse servono alla difesa dei capi ossei, come gli indicati strati puramente cellulari, servono alla copertura di tessuti più importanti (cute e tessuto mucoso). Lo strato osseo sottoposto, munito di nervi di ogni specie, che seguono il decorso delle arterie, è sensibile, specialmente allorchè sia infiammato. Questa sensibilità anzi stà in ragione diretta dell' intensità del processo infiammatorio (1). Nel lato interno del ginocchio, dove l' infiammazione del femore e della tibia, era costantemente più avanzata, il dolore pure era più intenso. Resta ora a spiegare perchè in ogni caso, l' intensità del processo ha sempre prevalso all' interno.

Nelle infiammazioni articolari croniche che hanno origine dalla sinoviale (tumor bianco) se si tien dietro al modo di propagarsi del processo dalla sinoviale stessa, alle cartilagini d' incrostazione, noi potremo scorgere di leggeri che quel processo distruttivo, il quale s' inizia alla superficie libera della cartilagine d' incrostazione, e con più o meno sollecitudine s' approfonda verso le ossa, ha sua sede prodiletta nei punti dove le superficie ossee vengono a riciproco contatto. Questa cosa noi l' abbiamo potuta dimostrare nei casi esposti, e la troviamo ripetersi con eguale costanza nelle altre articolazioni. Così p. e.

——

(1) Anche in certe infiammazioni acute o subacute delle articolazioni, dove le cartilagini ben presto entrano in un certo stato d' attività, e danno origine a nuovi elementi, l' iperestesia delle superficie articolari, ritengo venga determinata dalla iperemia e dalla congestione epifisaria, la quale non può andare assolutamente disgiunta da una proliferazione attiva nelle cartilagini d' incrostazione.

nel primo stadio della cossalgia, siccome gli infermi tengono l' intero arto inferiore flesso, rotato all' esterno ed abdotto, la pressione del femore contro la cavità cotiloide avviene in avanti ed all' interno, e qui appunto si trova allora la distruzione della cartilagine (1). In un periodo più inoltrato del processo medesimo, siccome l' infermo rota l' arto all' interno adducendolo, la pressione della testa del femore, contro la parte superiore e poste-

——

(1) Il *Volkmann* (op. cit. pag. 535), riporta due necroscopie fatte in individui morti nel primo periodo della cossalgia, e nei quali trovò l' ulcerazione della cartilagine alla parte anteriore ed interna della cavità cotiloidea. Questo fatto ritengo possa contribuire a spiegare il movimento d' adduzione e rotazione interna che subisce l' arto nel secondo periodo dell' accennata malattia, e che è stato interpretato in così differenti maniere.

Nei primordi della cossalgia l' ammalato flette la coscia sul bacino e l' abduce, rotando l' intero arto all' esterno. Questo lo fa per rilasciare il legamento capsulare, come insegnava *Bonnet*, e per rallentare il legamento rotondo, secondo il mio modo di vedere (Mem. cit. pag. 21). Il rilasciamento del legamento rotondo è giovevole in questi malati, perchè il processo d' infiammazione prevale o s' inizia nel legamento indicato o nel tessuto cellulare che circonda l' inserzione del medesimo al cotile. (Ciò si trova in rapporto con quanto asserisce l' *Hyrtl* su tale proposito, vedi Anat. Topog. Vol 2° pag. 308. Milano 1858. — L' *Holmes*, Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfantes, pag. 680. Paris 1870. — *F. Martin* e *A. Collineau*, De la coxalgie, de sa nature et de son traitement, pag. 140-45. Paris 1865, riportano dei casi di cossalgia incipiente nei quali le alterazioni principali erano nel legamento rotondo che si presentava ulcerato ed eroso). Una volta però che l' accennato legamento sia completamente distrutto, le alterazioni anatomiche più importanti prevalendo all' interno, non farà meraviglia nel vedere questi malati, dopo un certo periodo di tempo, cambiare coll' arto di posizione, e prescegliere l' adduzione e la rotazione interna. Dessi con questo cambiamento di rapporti, mettono in contatto parti meno malate, ed hanno così un sollievo alle loro sofferenze.

riore del cotile si fa prevalente, e la distruzione pure delle cartilagini e delle ossa si rende quivi ben presto sensibilissima (*Labbe*, *Martin*, *Collineau*, *Follin*, *Busch* ec).

L' ulcerazione delle cartilagini, e la carie delle ossa che ne tien dietro, è in ragione diretta della forza, e della durata colla quale le ossa si premono reciprocamente (1). Questa legge la quale viene indicata dal *Volkmann* (luogo citato), l' ho potuta confermare, esaminando una serie di preparati che si trovano nel Gabinetto di Anatomia Veterinaria. Ciò lo devo alla squisita gentilezza del ch. Prof. *Giambattista Ercolani*, illustre Rettore della nostra Università, ed al suo Assistente sostituto il Dott. *Alfredo Gotti* (2).

Partendo dalle cose esposte e venendole ad applicare al ginocchio, affine di spiegare l' ulcerazione delle cartilagini e delle ossa prevalente all' interno nelle sinoviti fungose, bisogna dimostriamo ora che la pressione è maggiore da questo lato.

Per rispetto al ginocchio in flessione, già altra vol-

---

(1) Nei punti dove le cartilagini d' incrostazione delle ossa sottostando alla pressione si ulcerano, secondo la descrizione che dietro gli insegnamenti del *Virchow*, ne danno i *Weber*, *Billroth*, e *Volkmann*, il processo di distruzione non è assolutamente passivo, come si ritiene dalla maggior parte dei chirurghi, ma tiene prevalentemente ad una attiva proliferazione degli elementi cellulari che costituiscono la cartilagine. Questo fatto si ripete ancora nella sinovite suppurativa acuta, dove la distruzione delle cartilagini nei punti che si trovano a mutuo contatto, erano ritenute assolutamente d' origine passiva.

(2) Detti preparati, in numero abbastanza considerevole, riguardano principalmente le articolazioni carpo-metacarpiche del cavallo. In queste si può vedere ad evidenza, che qualunque fosse il processo morboso delle superficie articolari, desso era sempre prevalente là dove esisteva la maggiore pressione.

ta cercai dimostrare cogli esperimenti fatti sul cadavere, che allorquando il ginocchio è flesso, e l' intero arto rotato all' esterno ed abdotto, posizione questa conservata dalla maggior parte degli ammalati per infiammazione dell' articolazione del ginocchio, la superficie articolare esterna della tibia si discosta dal condilo corrispondente del femore di tanto, quanto è permesso dal legamento laterale esterno.

Ciò succede mediante un movimento marcato d' adduzione della gamba stessa, movimento determinato dal peso del corpo, e dalla resistenza che oppone il piano del letto sul quale il membro riposa. Mediante questo fatto puramente meccanico, il punto di contatto o d' appoggio fra femore e tibia è circoscritto alla parte interna dell' articolazione, là dove cioè il condilo interno del femore si mette in rapporto colla superficie articolare corrispondente della tibia.

In una infiammazione primitiva del ginocchio, con iperestesia estesa delle superficie articolari, gli ammalati prediligono necessariamente questa posizione, perchè meno dolorosa. Il contatto delle ossa all' interno però fa progredire il processo d' infiammazione da questo lato, e vi rende in seguito prevalente il dolore.

Anche negli ammalati d' artrocace del ginocchio viene preferita questa speciale giacitura dell' arto, come abbiamo veduto superiormente, ed in questi casi pure sembra che il contatto interno abbia una certa influenza nell' estendere ed aumentare l' intensità dell' infiammazione. Nel secondo malato specialmente, dove trovammo dal lato interno dell' epifisi tibiale un focolaio suppurativo, il processo infiammatorio aveva prevalso, senza dubbi, nel punto indicato (Fig. 2, *e*). Di più se bene si esamina l' accennato focolaio, si vedrà la sua forma piramidale a base in alto (Fig. 2, *f*), indicare che la prevalenza dell' infiam-

mazione, e quindi della distruzione di tessuto era verso la cavità stessa articolare nel punto dove è maggiore la pressione.

Questo speciale reciproco contatto delle superficie articolari ossee, se l' ammalato è obbligato al letto, generalmente non si muta nell' ulteriore decorso del processo, e ciò stante i cambiamenti indotti nelle parti molli dall' infiammazione (retrazione delle aponeurosi, dei legamenti e dei muscoli, pseudo-membrane di nuova formazione ecc.). Anzi insorgono alle volte delle complicanze che concorrono a rendere le accennate condizioni anatomiche vieppiù pronunciate ed immutabili. Così alloraquando, durante una malattia grave del ginocchio, con flessione della gamba si associa lussazione esterna della rotula, quest' osso spostandosi va a collocarsi alle volte fra la tuberosità del condilo esterno del femore e quello della tibia, per modo che nelle contrazioni successive del quadricipite, l' accennato osso sessamoideo s' insinua come cuneo fra le indicate parti, coadiuvando l' adduzione successiva della gamba e la rotazione del femore.

L' accennata disposizione meccanica la constatai già 2 volte. La prima in un ginocchio che mi fu favorito dal ch. Prof. *Rizzoli* (Fig. 5 e 6) (1); la seconda in un pre-

---

(1) Questo pezzo anatomico è quello del quale feci parola nell' altro mio scritto (pag. 41 nota 1, pag. 67 nota 1), ed è quello stesso a cui fa allusione il Dott. *Giovanini* in una sua Relazione sopra varii casi d'anchilosi curati dal Prof. *Rizzoli* (Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna, Fasc. di Marzo 1871).

Nella Fig. 5 l' indicato ginocchio è veduto dalla sua faccia esterna; nella Fig. 6 dalla sua faccia anteriore. Esaminando la Fig. 5 si vede la gamba flessa sulla coscia, facendo con questa un angolo più che retto. La rotula spostata all' esterno e mantenuta in questa posizione dall' aponeurosi fascialata, la quale si era ratratta in seguito al processo infiam-

parato del nostro Gabinetto d' Anatomia Patologica che, stante la gentilezza del Prof. *Taruffi*, mi fu permesso di visitare a mia voglia.

Se l' infermo non fu obbligato al letto nei primi momenti della malattia, e se girò qualche tempo poggiando sull' arto ammalato, allora il contatto delle ossa non è assolutamente limitato all' interno come nei casi precedenti; la pressione è sempre maggiore però da questo lato. Lo stesso dicasi se la infiammazione articolare fino da principio fu circoscritta alla parte interna del ginocchio, e tale si mantenne a preferenza per tutto il tempo della malattia. In questo incontro l' infermo fa in modo di trasportare per quanto può il contatto delle due ossa (femore e tibia) all' esterno, dove cioè il processo è meno inoltrato. L' esempio parlante l' abbiamo avuto nell' Aldrovandi Paolo, che tenne sempre l' arto malato o in direzione verticale, o rotato all' interno. In questo incontro, pel punto d' appoggio esterno delle ossa, il dolore si fa sentire ben presto dicontro la testa del perone. Bisogna però ricordarsi che in questa posizione non si rilascia il legamento laterale interno dell' articolazione del ginocchio, ne si evita il contatto delle ossa all' interno;

---

matorio. Nell' accennata Figura si vede ancora che il corrugamento cicatriziale dell'indicata aponeurosi contribuisce a mantenere le ossa della gamba rotate infuori. Nella Fig. 6 la rotazione esterna della gamba è ancora più manifesta. La lett. *h* indica la tuberosità anteriore della tibia che guardava all'esterno, e che avrebbe dovuto trovarsi invece in *l*, dove ha sua sede invece là tuberosità interna. La gamba si vede pure notabilmente addotta. La rotazione esterna della gamba era stata determinata dal quadricipite ed era mantenuta dall' aponeurosi, la quale agiva come elemento puramente passivo. L' adduzione della gamba era stata determinata dalla posizione conservata nel letto dall' ammalato, e dalla posizione assunta dalla rotula.

dimodochè l' accennata giacitura, il ripeto, non sarà prescelta giammai da chi ha una iperestesia generale nelle superficie articolari.

L' ulcerazione delle cartilagini, e la successiva malattia delle ossa, come si verifica nel tumor bianco; la malattia delle ossa, e la consecutiva infiammazione delle articolazioni, come si vede nell' artrocace, ambedue cagioni esplicite di dolori acerbissimi in certe circostanze, sono adunque necessariamente prevalenti all' interno nel ginocchio flesso, perchè quivi è più costante ed intimo il rapporto delle ossa (1). Ma come causa d' irritazione, oltre alla pressione che l' un osso esercita sull' altro, vi deve contribuire grandemente l' attrito che si determina ad ogni benchè tenue movimento. Il condilo interno del femore difatti nel punto che posa sulla superficie corrispondente della tibia, è il perno dei movimenti rotatori che si verificano nella gamba flessa. Una dimostrazione della indicata influenza che ha l' attrito nell' esacerbare ed avanzare il processo ulcerativo delle cartilagini e delle ossa, si potrebbe avere nell' esame dell' articolazione del cubito affetto da tumor bianco nel primo stadio, ossia a processo non molto avanzato. Si vedrà allora che

---

(1) Si conoscono dei casi, dove il dolore è di poco momento, mentre la distruzione delle ossa è assai considerevole. Ciò tiene alla cronicità del processo infiammatorio e più ancora al rimanere il medesimo discosto dalle superficie articolari. Il *Volkmann* nell'articolo sull' *osteite*, dopo aver detto che la medesima decorre quasi sempre con poco dolore, aggiunge che le cose si comportano diversamente ove capi articolari infiammati, vengono continuamente premuti l' uno contro l' altro, mediante il tenesmo muscolare, che si aumenta per la malattia. Quivi possono insorgere dolori estremamente forti, che tolgono il sonno, consumano l' ammalato e che sembrano avere la loro sede nell' osso stesso. (Libro citato pag. 266).

le cartilagini, e successivamente le ossa sottostanti si alterano principalmente là dove il capo del radio rota sul corrispondente condilo dell' omero. Ciò succede in quanto che i movimenti del radio sono più difficili a togliersi di quello che siano i movimenti dell' ulna. Desso difatti può girarsi sull' ulna e sull' omero ad un tempo, come si vede nei movimenti di rotazione della mano; e prettamente sull' omero, come si vede nei movimenti isolati di estensione e flessione. Il *Rust* parlando del tumor bianco nell'articolazione omero-cubitale, dice che la malattia ha origine bene spesso dalla testa del radio (1). Questa asserzione dell' autore citato, dimostrata falsa dall' esperienza (giacchè l' estremità inferiore dell'omero e la sinoviale articolare sono generalmente la sede primitiva del processo) per altro può avere un lato vero, ammettendo che le alterazioni più cospicue che si trovano nella testa del radio, non tengono già alla maggiore durata della malattia, bensì al precoce suo sviluppo causato dal maggiore attrito.

A convalidare viè maggiormente le cose da me esposte, ed a dimostrare sotto un' altro punto di vista, come nell' ordinaria posizione conservata dagli ammalati delle articolazioni del ginocchio con infiammazione primitiva o secondaria dei capi ossei la maggiore attività del processo è sempre al lato interno, non credo torni fuori di proposito l' osservare la bella anchilosi che viene rappresentata dalla Fig. 7. Detto pezzo patologico, che ora si trova nel Gabinetto d'Anatomia Patologica della nostra Università, apparteneva ad un certo Lodi Luigi, pettinajuolo, d' anni 59, morto nell' Ospedale del Ricovero il dì 20 Gennaio 1870, per cancrena acuta nelle parti molli del

---

(1) Vedi *Nélaton*. Op. cit. Vol. 2° pag. 276.

ginocchio in discorso (1). Come si vede assai bene nella indicata figura, la gamba si trovava flessa ad angolo retto, ed in una marcata adduzione. La superficie articolare interna della tibia era a contatto del condilo interno del femore; la superficie articolare esterna invece, distava per buon tratto dal corrispondente condilo. A questa disposizione di parti ne seguiva ancora che la massa ossea, la quale saldava all' interno le due ossa, femore e tibia, fosse assai cospicua da questo lato; mentre era poi assai tenue sul lato esterno. Ne risulta da ciò che nelle indicate malattie, aventi ancora l' andamento il più cronico, il processo assume sempre maggiori proporzioni all' interno; dimodochè è sempre da questo lato che si debbono avere i maggiori sofferimenti per parte del malato.

Un caso pressochè identico al descritto si è quello rappresentato nella Fig. 8, tolta da un preparato che trovasi nel nostro Gabinetto d' Anatomia Patologica. Anche in questo il massimo contatto fra le ossa è all' interno, dove si vede il condilo corrispondente del femore continuarsi colla parte interna e posteriore della tibia. All' esterno detto rapporto di vicinanza e di continuità è assai meno marcato.

Le due indicate anchilosi finalmente si mostrano interessanti anche sotto un' altro punto di vista; alludo alla curvatura della tibia nella sua parte superiore (Fig. 7, *h*.

---

(1) Questo individuo ammalato da circa 40 anni, aveva sulla faccia anteriore del ginocchio destro dei seni fistolosi che davano continuamente marcia. Senza cause conosciute il dì 18 Gennaio 1870 fu preso da febbre intensa, preceduta da freddo della durata di mezz' ora Il ginocchio si fece immediatamente di un colore d' ardesia, due giorni dopo era morto. *Valkmann*, nel suo scritto sopracitato, riporta un caso identico. *Stromeyer* (vedi Manuale di Chirurgia) sostiene di avere osservato più volte questo fatto.

Fig. 8, *c*). Dessa sostituisce in gran parte lo spostamento esterno, e viene determinata dal peso stesso dell' arto che si conserva lungo tempo nella posizione che più di frequente si predilige dagli infermi (flessione, rotazione esterna ed adduzione dell' intero arto).

Nella Fig. 8, dove si vede in *a* un' infossamento marcatissimo pare avesse luogo nella tibia una osteite suppurativa, la quale contribuì certamente a rendere possibile l' indicata curvatura. Questi incurvamenti, che si possono riscontrare ancora nelle pseudo-anchilosi d' individui rachitici, come dimostrai altra volta (1), non cedono a qualunque siasi metodo o processo che si adoperi nell' estensione dell' arto. Alle volte anzi aumentano in questo momento, e massime ove non si usano tutte le più diligenti precauzioni.

Le accennate considerazioni credo possano valere a sufficienza, per spiegare la prevalenza del dolore interno in chi ha un ginocchio affetto da sinovite fungosa, con flessione della gamba sulla coscia; ma se l' arto è esteso, come s' intendono le cose? Nelle due malate di tumor bianco, di cui ho tenuto discorso superiormente, l' arto fu conservato in estensione, mediante apparecchi speciali, e l' alterazione delle cartilagini e delle ossa era prevalente all' interno. Il dolore pure era da principio maggiore da questo lato. A spiegare questo fatto bisogna ricordarsi, che la malattia, almeno nella Clementina T. era inoltrata, quando l' arto fu obbligato alla permanente estensione. Se però questo non fosse sufficiente alla interpretazione di casi identici, torna sapere che il condilo interno del femore è più lungo dell' esterno, e che la pressione sul lato interno del ginocchio è maggiore du-

---

(1) Vedi Memoria cit. pag. 55.

rante la stazione eretta e la deambulazione. Di quest'ultima cosa mi riserbo parlarne più a lungo in uno scritto successivo.

Finalmente per ciò che riguarda la terapia dei dolori del ginocchio, si può aggiungere, che quelli di natura puramente nervosa si calmano in generale col semplice uso dei narcotici; che quelli i quali dipendono da distensione della capsula, e delle altre parti molli periarticolari, risentano giovamento da un apparecchio fatto con colla o gomma e ben stretto; per ultimo che i dolori i quali derivano dal soffregamento di una superficie ossea, contro di un' altro, migliorano coll' immobilità ed allatamento delle parti malate. In quest' ultimo caso giovano gli apparecchi inamovibili di ogni genere, specialmente poi quelli fatti con gesso, perchè molto robusti; nonchè l' uso delle trazioni eseguite con pesi, o con qualunque siasi altro mezzo meccanico, che agisca gradatamente e regolarmente.

Riassumendo il fin qui detto mi sembra possiamo ricavare le seguenti conclusioni.

1. Il dolore a preferenza interno in alcune malattie croniche del ginocchio, fu notato dal nostro *Monteggia*, poi dal *Nélaton*. Quegli spiegò il fatto ammettendo l' ulcerazione primitiva delle cartilagini, questi servendosi della teoria del *Richet*.

2. Il *Richet* ammise, come causa di questi dolori, lo stiramento del legamento laterale interno e del rotuleo, determinato nei ginocchi flessi dalla flessione stessa e dalla rotazione esterna della gamba; nei ginocchi estesi, dal liquido raccolto nel sacco sinoviale. Questa teoria si trova in opposizione con fatti anatomici e clinici.

3. Il dolore a prevalenza interno si verifica specialmente negli ammalati che hanno il ginocchio flesso o semiflesso, e ciò tanto nelle malattie che hanno origine

dalla sinoviale (tumor bianco); come in quelle che hanno nascimento dalle ossa (artrocace). Nei ginocchi mantenuti in estensione, il dolore si fa sentire ben presto anche sul lato esterno, altrettanto dicasi di quelli flessi tenuti in direzione verticale o rotati in dentro.

4. Il dolore a prevalenza interno tiene a varie condizioni patologiche che furono in parte enunciate da altri; ma non applicate al caso speciale. Desso è determinato, ora dallo stiramento della sinoviale, ora dallo stiramento e dalla irritazione dei nervi periarticolari, ora dall' ulcerazione precoce delle cartilagini e delle ossa all' interno, ora infine dalla infiammazione e successiva suppurazione nella parte interna dell' epifisi tibiale, in prossimità della superficie libera articolare.

5. Lo stiramento della sinoviale all' interno è più facile che in ogni altro punto a cagione della minor robustezza che offre la capsula fibro-tendinea da questo lato, della prevalenza del processo infiammatorio alla parte interna del ginocchio, e della formazione di setti che circoscrivono maggiormente l' infiammazione da questo lato. Queste circostanze pure contribuiscono a lussare la rotula all' esterno.

6. Lo stiramento dei nervi periarticolari interni è una conseguenza della maggiore distensione che assume quivi la capsula, e dello speciale andamento che prendono da questa parte le diramazioni del safeno. L' irritazione poi degli indicati ramoscelli tiene alla diffusione del processo infiammatorio agli strati periarticolari, od allo sviluppo di una qualche produzione patologica nelle vicinanze dell' articolazione, dove questi nervi si distribuiscono.

7. La precoce ulcerazione delle cartilagini e delle ossa all' interno nel tumor bianco; la maggiore intensità del processo infiammatorio delle ossa all' interno, nell'artrocace, dipendono dallo stretto contatto in cui trovansi

le ossa femore e tibia da questo lato, dalla pressione che l' una esercita sull' altra, e dall' attrito che si determina fra le medesime nei singoli movimenti.

8. Lo stretto contatto fra femore e tibia all' interno è sempre la conseguenza della minor lunghezza del legamento laterale corrispondente e della maggiore sporgenza del condilo interno del femore ad articolazione estesa. La pressione maggiore all' interno, fra condilo e superficie articolare corrispondente della tibia, tiene alla posizione conservata generalmente nel letto dagli ammalati del ginocchio ed alla prevalente oscillazione del centro di gravità verso questo lato durante la deambulazione. L' attrito dipende dai movimenti rotatori volontari od involontari, e non si ha che nei ginocchi flessi.

9. La circoscrizione dell' infiammazione all' interno lato del ginocchio, obbliga l' infermo a rotare l' intero arto inferiore all' interno adducendolo, od a tenerlo in posizione verticale. La giacitura del tronco sul lato malato non si verificherebbe in questi incontri.

SPIEGAZIONE DELLA TAVOLA

Fig. 1. — Ginocchio sinistro flesso, veduto dalla sua faccia anteriore. É stata asportata la capsula articolare ed il legamento rotuleo, sono stati incisi i legamenti laterali ed i crociati, onde scostare le ossa e mettere bene in vista le superficie articolari; *a* condilo esterno del femore, *b* condilo interno, *d* tuberosità esterna della tibia, *e* tuberosità interna, *f* superficie articolare interna della tibia, *o* superficie articolare esterna, *g* cartilagine semilunare esterna, *l* legamento crociato anteriore, *l'* legamento crociato posteriore, *m* legamento rotuleo tagliato trasversalmente, *n* pacchetto adiposo tagliato nel medesimo senso, *r* rotula, *t* tibia.

Fig. 2. — Tibia del lato destro segata lungo il suo maggior diametro, ed in un piano diretto da un lato all' altro. Dessa è quindi divisa in due porzioni, l' una anteriore *A*, l' altra posteriore *B*; *r* rotula veduta dalla sua faccia posteriore, *p* perone veduto dalla sua faccia anteriore, *l*, *l* legamento crociato anteriore.

Fig. 3. — Ginocchio destro veduto dalla sua faccia anteriore ed interna dove è stato dissecata la pelle ed il cellulare sottocutaneo, salvando le diramazioni del nervo safeno interno; *a* tronco principale del nervo indicato, *b c* grosse diramazioni destinate per la faccia interna, anteriore ed esterna del ginocchio, *e e* sottile filo nervoso che passa sotto il sartorio *d*, e con ripetute anastomosi ricongiunge i tronchi principali *b* e *c*; *f* continuazione del safeno interno destinato per la faccia interna della gamba, dove accompagna la vena safena corrispondente.

Fig. 4. — Ginocchio destro veduto dal lato interno e dove sono preparate le diramazioni del safeno interno; *a b* rami del safeno interno destinati pel ginocchio, *c c* continuazione del safeno interno che accompagna la vena lungo la faccia interna della gamba.

Fig. 5. — Ginocchio sinistro veduto dall' esterno; *a* tuberosità anteriore della tibia che si trova rotata verso l' esterno, *b* condilo interno della tibia, *p* perone che si trova posteriormente, *p'* testa, od estremità superiore del medesimo, *c* condilo interno del femore, *r* rotula lussata all' esterno.

Fig. 6. — Il medesimo ginocchio veduto dalla faccia anteriore; *a* muscolo sartorio, *b* muscolo semi-tendinoso e retto interno, *c* condilo interno del femore ricoperto del legamento interno della rotula, *d* muscolo vasto interno, *e* condilo esterno del femore, *f* rotula, *g* faccia anteriore della tibia, *h* tuberosità anteriore della tibia, *l* condilo o tuberosità interna della tibia.

Fig. 7. — Ginocchio destro anchilotico con forte adduzione della gamba; *a* femore, *b* tibia, *c* perone, *d* rotula, *e* testa del perone sormontata da innumerevoli osteofiti, *f* massa ossea neoformata che salda il condilo interno del femore colla superficie articolare interna della tibia, *g* sostanza ossea che unisce il condilo esterno del femore alla superficie esterna della tibia.

Fig. 8. — Ginocchio destro anchilotico veduto dalla parte anteriore; *f* femore, *t* tibia rotata all' esterno spostata nel medesimo senso ed incurvata in *c*. Il perone non si vede, perchè sta posteriormente; *b* tuberosità anteriore della tibia, *r* rotula, *e* massa ossea che unisce saldamente il condilo interno del femore colla parte interna della tibia.

Fig. 9. — Sezione trasversale di un cordone nervoso in condizioni patologiche.

Fig. 10. — Sezione longitudinale dello stesso cordone. Per la interpretazione esatta di queste due ultime figure vedi la nota 1 della pag. 448.

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

Osservazioni sui punti dolorosi del torace nei loro rapporti colla tubercolosi polmonare.

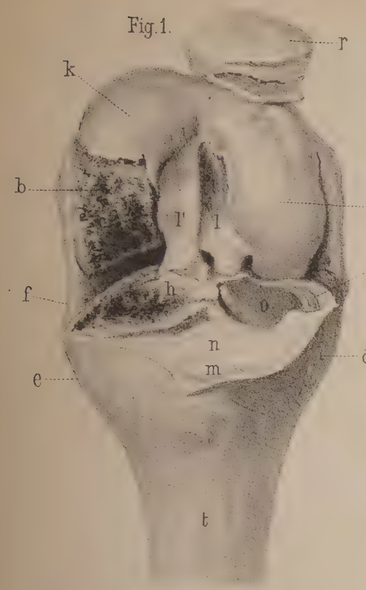
Il professor *Peter*, clinino dell' Ospedale della Pietà a Parigi, insiste sull' importanza diagnostica dei punti dolorosi del torace, specialmente superiori, che frequentemente si uniscono alla tubercolosi.

Questi punti per la loro sede si dividono in punti laterali o di nervi intercostali; punti dolorosi della base o dei nervi frenici con irradiazioni alla spalla sinistra o destra ed al collo; punti retrosternali o del plesso cardiaco, con possibili irradiazioni alla spalla ed al diaframma, se il frenico è interessato.

Tranne nei casi, relativamente rari, in cui i muscoli, le cartilagini o le ossa delle pareti toraciche sono interessate direttamente, e si ha a

Dott. G. Ruggi.

Fig. 1.



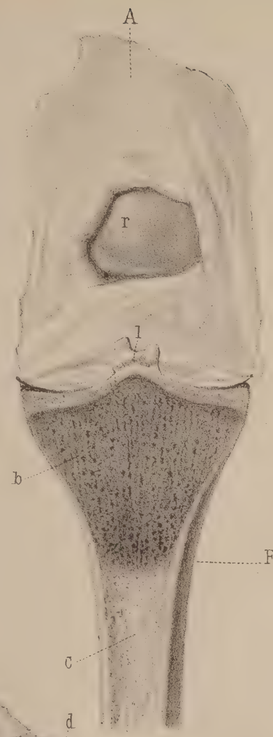
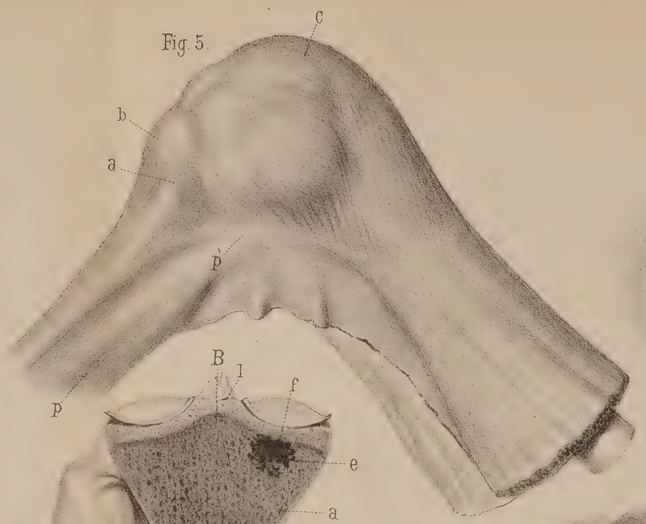


Fig. 2

Fig. 5.



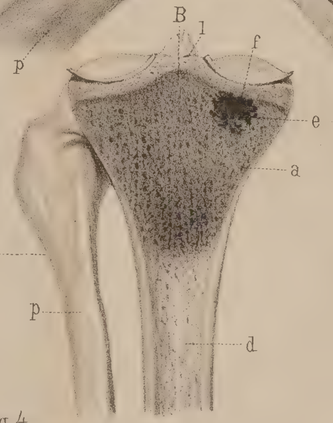


Fig. 9.

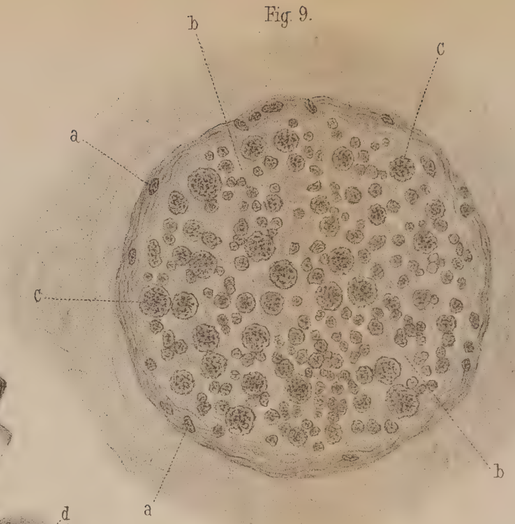


Fig. 10.

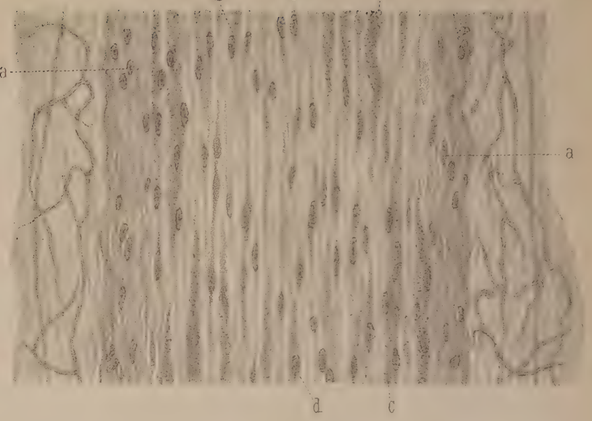


Fig. 3.

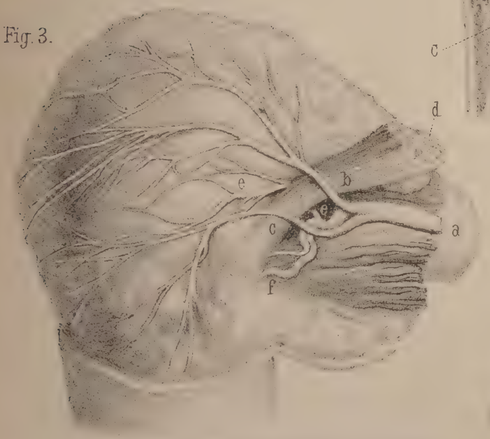


Fig. 4.

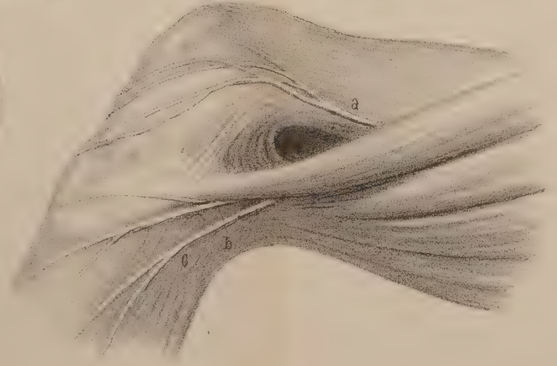


Fig. 6.

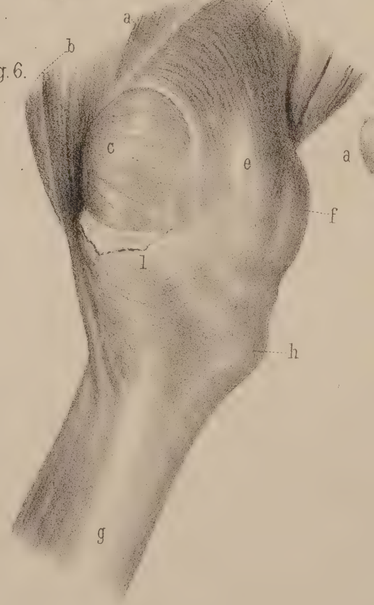


Fig. 7.

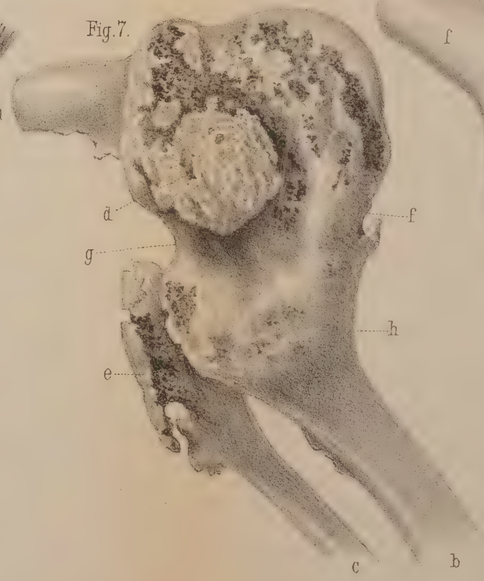
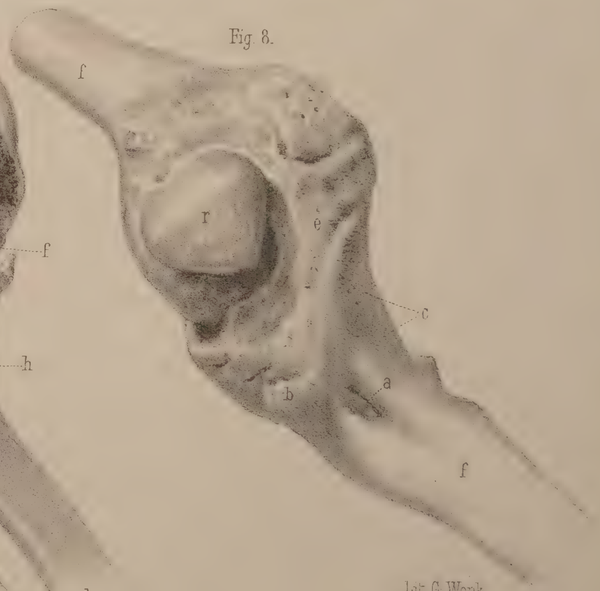


Fig. 8.



O. Nannini dis.° dal vero e in pietra.

Lit. G. Wenk.

combattere perciò una miostide, una pleurodinia, una condrite, o una osteite, si ha sempre a combattere una nevralgia per nevrite o per nevrosi. Le nevralgie in genere si rannodano a condizioni generali (anemia, reumatismo, attossicamento saturnino, sifilide, ec.) o ad una nevrite prodotta per infiammazione dei tessuti vicini, che si propaga per continuità al nevrilema. Quest' ultima è quella che più costantemente si riscontra nei tisici. La tubercolosi polmonare provoca una infinità di punti dolorosi per l' estendersi dell' infiammazione pneumo-pleurale al nervo frenico, al plesso cardiaco ed agli intercostali. Il principio dell' idropneumotorace è segnalato da un dolor laterale atrocemente doloroso, che per il suo improvviso insorgere in un tisico, riesce caratteristico e ci deve subito spingere alla ricerca dei segni fisici che dinotano la presenza del gas e del liquido nella cavità pleurale.

I punti dolorosi superiori (dolori nel dorso, dolori fra le spalle), che hanno sede nei primi spazi intercostali, sono di sovente accompagnati da febbre, e dipendono in genere da una nevrite consecutiva a una pleurite locale, che è essa stessa l' effetto della tubercolosi polmonare dell' apice.

L' A. constatò con chiarezza questa concatenazione di malori, e la conoscenza della sede dei punti dolorosi superiori gli bastò più volte a fissare la diagnosi anche in individui vecchi, classe di ammalati più frequentemente colpiti da tubercolosi di quel che generalmente non si supponga. La nevralgia d' origine cloroanemica non occupa, egli dice, i tre primi spazi intercostali, ma il quarto, il quinto e qualche volta il sesto, specialmente del lato sinistro. In questa nevralgia esercitando una pressione sull' apofisi spinosa della quarta dorsale, si determina un dolor vivo talora sino alla estremità del nervo sotto il seno sinistro. All' incontro, nei tisici è specialmente dolorosa la pressione sull' ultima cervicale o sulle apofisi spinose delle tre prime dorsali. Ora, l' anatomia ci apprende che queste quattro apofisi corrispondono ai tre primi spazi intercostali, o ai tre nervi di questo nome, come la prima, seconda, terza o quarta e quinta apofisi cervicale con predominio di dolore per la seconda e la terza, corrispondono al nervo frenico.

Secondo l' A., combattendo il dolore se ne può distruggere non solo gli effetti, ma sino ad un certo punto anche la causa, cioè la pleurite ed il principio della flemmasia tubercolosa. I vescicanti medicati colla morfina, applicati ripetutamente, diedero all' A. i migliori risultati: le iniezioni ipodermiche di morfina non combattendo che l' elemento dolore non riescono che palliativi e meglio servono nella pleurite diaframmatica con vivo dolore e pel dolor pleuritico semplice, ma con tosse

secca e ad accessi. Volendo evitare il vescicante, i senapismi e la tintura d' iodio con laudano, cloroformio o morfina, possono riuscir proficui. Nei soggetti non anemici e se il dolore è vivo e d' origine infiammatoria, l' A. ricorre alle ventose scarificate ed alle sanguisughe sotto le clavicole, anche negli individui colpiti da tubercolosi: il dolore così sparisce ed anche il processo tubercolare ne riceve vantaggio.

(Gazzetta Clinica di Palermo, Maggio-Giugno 1871).

Sulla produzione dell' emorragia, anemia, edema ed enfisema nei polmoni dietro offesa alla base del cranio.

Esperimenti di lesioni di diverse parti del cervello, dice il dott. *Brown-Sequard*, che *B. S.* istituì sopra numerosi porcellini d' India e gatti, mostrarono che gli animali molto spesso morivano di pneumonia. Altri esperimenti dimostrarono che dietro contusione o recisione del ponte di Varolio seguivano costantemente echimosi nel parenchima polmonare ed effusioni sanguigne nei bronchi; lo stesso avea luogo più frequentemente per lesioni delle crura cerebri o delle crura cerebelli, molto raramente per lesioni della midolla spinale. Le fibre nervose, per le quali si esercitava questa influenza, non decorrono nel vago, ma nel simpatico e nelle sue radici spinali.

In questi casi è indifferente che i polmoni siano rigonfi d' aria, o in collasso, se abbiano luogo movimenti respiratori o no. Nella lesione di un sol lato del ponte di Varolio sembra che sia colpito specialmente il polmone del lato opposto.

Oltre l' emorragie nelle lesioni della base del cervello, specialmente però del ponte, si producono anche anemie locali, punti biancastri nel polmone, che sono completamente privi di sangue (probabilmente per spasmo dei vasi).

Si possono generare anche edemi del polmone, e più specialmente per lesione del midollo allungato, in questi casi si notano dei punti grigiastri, quanto una testa di spillo, nei quali si trova, secondo *Ranvier*, imbibizione sierosa e riempimento dei piccoli vasi sanguigni con cellule bianche del sangue.

Anche l' enfisema polmonare può essere, come è già noto, conseguenza di lesioni della base del cervello, e, come osserva *B. S.*, anche quando manca il movimento respiratorio.

B. S. nota che dietro questi esperimenti le frequenti affezioni polmonari nelle malattie cerebrali debbono in gran parte ritenersi come prodotte da queste ultime. *(idem)*

VARIETÀ

Sopra i cinque quesiti, proposti dal IV. Congresso dei medici italiani in Venezia, pel riordinamento degli studi medici in Italia. — Pensamenti del Dott. *Francesco Saverio Festler*, già Professore suppl. di Medicina legale e Polizia medica, Docente privato di medicina teorica e pratica, ecc.

(Continuazione e fine. Vedi Fasc. di Maggio, pag. 391).

In terzo luogo è fatta questione « *quanto debbano protrarsi gli studi pratici, e con quale ordinamento?* » E qui risponderò osservando che nel risolvere il quesito precedente ho di già avvertito, che gli studi pratici sono di applicazione delle cognizioni procurateci dagli studi teoretici; e che perciò si possono in qualche maniera considerare come di perfezionamento di quest' ultimi. Ed invero coll' impiegare tali cognizioni per l' interpretazione dei singoli casi clinici vengono esse rese più chiare e più salde nella mente nostra; e quindi in effetto si perfezionano; mentre il continuato loro uso in proposito ci conduce per gradi ad avvantaggiarne la nostra scienza, ed insieme a renderci abili profezionisti, sia come profilatici, sia come terapeutici.

A questo duplice fine pratico poi stimai opportuno che l' applicazione ai casi singoli della profilassi e della terapeutica venisse attivata in qualche maniera fino dall' epoca degli studi teoretici; e che quindi quella incominciasse subito dopo che gli allievi hanno appresa la fisiologia e la patologia; ed anzi troverebbe per essi di segnalata utilità, che durante gli studi di queste due branche scientifiche venisse loro fatto di comprendere come si hanno da mettere in pratica le acquistate conoscenze teoretiche. Ed invero coll' aiuto dell' Anatomia, della Chimica organica, dell' Istiologia, e della Fisica, viene il fisiologo a dimostrare quali attitudini dinamiche si trovino inerenti nell' organismo vivente, e quali sieno gli agenti estrinseci ed intrinseci al medesimo, mercè cui si producono gli atti eccitativi e riproduttivi normali, e quindi le differenti funzioni dinamiche ed organiche di esso nello stato naturale o normale dell' individuo. Con

le stesse scienze ausiliarie in appresso viene il patologo a dimostrare in qual maniera deviino dalla norma i tessuti organici e gli umori inquilini, e come le mutate condizioni delle attitudini intrinseche, e degli agenti, tanto estrinseci, quanto intrinseci, allo stesso organismo vivente si convertano in potenti nocive patogeniche, sia disponenti, sia occasionali; e poscia anche in cause prossime degli atti abnormi, i quali coi loro fenomeni, ed eccitativi, e riproduttivi, ci danno a conoscere le diverse forme morbose, e quindi le specie e le varietà delle moltiplici malattie. Ora la immediata applicazione delle conoscenze relative ai due stati differenti di vita degli individui non può di certo mancare del divisato suo fine pratico, ed insieme di perfezionamento scientifico in chi apprese prima teoreticamente le dottrine che quelle abbracciano.

Dopo appresa la Fisiologia e la Patologia, lo studio della Farmacologia nel suo più lato senso (Jamatologia) non è che un applicazione od un' appendice di siffatti studj teoretici. Ed invero la Materia medica in se comprende tutti quegli oggetti della natura, i quali in ultima analisi costituiscono, rispetto all' individuo vivente, le condizioni estrinseche della sua vita fisica; ed i quali perciò si possono dai curanti porre in azione, sia per conservare in istato normale le attitudini e gli atti funzionali di quello, sia per ricondurre a questo stato, tanto le une quanto gli altri, al fine supremo della sua conservazione individuale. Laonde, distinte le relazioni eccitative e riproduttive di siffatti oggetti, devono gl' insegnanti con isperimenti sui bruti, sull' uomo sano, e sull' uomo ammalato, far conoscere ai loro allievi come i medesimi agiscono sui solidi contenuti nell' organismo vivente; e come quindi ne vengano in scena quegli effetti complessi ultimi, i quali si manifestano, dall' un lato come fenomeni, sia profilattici, sia terapeutici, degli atti vitali, o di vitale eccitamento, e dall' altro lato come indizii di normale o di mutata attitudine diatesica reagente. Ed in tal guisa procedendo gl' insegnanti, gli allievi arrivano allora a comprendere come si possa separatamente e distintamente agire in pratica e sull' eccitamento, cioè sulla condizione patologica, che funge da causa prossima dei sintomi, e sulla stenia reagente individuale, cioè sulla diatesi; che sono appunto i due fattori essenziali di ogni forma morbosa, di ogni specie e varietà delle malattie, che affliggono l'organismo vivente; ed anche di ogni maniera di terapia nelle medesime.

Risulta adunque intanto dalle cose esposte, che gli studi pratici di applicazione delle dottrine teoretiche devono possibilmente essere contemporanei a questi, o che almeno abbiano luogo all' epoca di quelli della Farmacologia, presa nel lato senso della Jamatologia, come di sopra ho procurato di precisarla. All'uopo poi gl' insegnanti relativi dovrebbero avere a propria disposizione, od una sala di ospitale, o meglio una piccola clinica, per esercitare in proposito i propri allievi: e questa in unione di ogni altro mezzo, e fisico, e chimico, dall' attuale stato della scienza richiesto per completarne sperimentalmente i dati delle induzioni, e profilattiche, e terapeutiche.

A questi fini del resto giudicava ancora opportuno che il Professore di Fisiologia insegnasse ai proprj allievi con corsi successivi, e la Patologia, o Fisiologia delle condizioni patologiche, e la Jamatologia, o Fisiologia dei soccorsi terapeutici. Con un sifatto ordinamento si provvederebbe all' armonia delle conoscenze successivamente acquistate dagli allievi; e quindi si ovvierebbe a quella confusione dei loro concetti scientifici, la quale emerge inevitabile allorchè p. e. l' uno dei loro precettori li istruisca dietro una teoria organica o materialistica della vita, e l' altro invece dietro una dinamica, non bene e filosoficamente conciliata con quella.

E qui si griderà forse contro una sifatta mia proposta, osservandomi che pretendo troppo da un precettore nello stato attuale vastissimo ed estesissimo della scienza; e che quindi lo privo finanche della possibilità di rendersi un distinto scienziato nell' una o nell' altra di quelle tre branche. Mi sia però permesso in proposito di notare, che il celebre *Giacomandrea Giacomini* d' illustre memoria, insegnava appunto quelle tre branche in un corso ben minore di tre anni; e che questo suo accumulato insegnamento riusciva, nè di troppo peso pei suoi omeri, nè punto d' impedimento per procacciargli una rinomanza segnalata come scienziato. D' altronde parmi che si debba far distinzione fra uno specialista nell' uno o nell' altro di quei tre rami scientifici, ed un istitutore elementare di giovani che devono educarsi ad abili profezionisti pratici; questi appartiene alle scuole fondamentali di tutta la scienza pratica in particolare; quegli invece si riferisce alle istituzioni di perfezionamento e di progresso della scienza medesima in generale. Laonde quando un professore delle scuole fondamentali si mostrasse dotato di mezzi idonei a renderlo un distinto specialista, potrà egli sempre aspirare ad un posto

vacante della cattedra di sua predilezione; e sarà anzi nel dovere del Ministero di promuovernelo: in caso diverso, anche rimanendo nelle scuole fondamentali, potrebbe sempre contribuire, ed al vantaggio dei propri allievi, ed al progresso della scienza specialmente coltivata.

Quanto alla durata degli studj pratici giudicava necessaria una distinzione fra quelli di semplice illustrazione delle dottrine teoretiche, e quelli di effettiva abilitazione al libero esercizio dei vari rami professionali: i primi non possono protrarsi oltre ai corsi di siffatte dottrine: i secondi per converso possono compiersi entro il periodo di due, o tutt' al più di tre anni. Quest' ultimi infatti abbracciano i corsi di Terapia speciale colle Cliniche mediche e chirurgiche, cioè delle malattie interne ed esterne, l' Anatomia patologica, e la Medicina legale colla Polizia medica. Dissi Cliniche mediche e chirurgiche, intendendo che le prime devono comprendere in separati locali, e le malattie comuni degli adulti, e quelle proprie delle donne, e quelle dei bambini; e le seconde le malattie di alta chirurgia, quelle dell' oculistica, e quelle dei casi ostetrici. Anche le alienazioni mentali all' epoca del termine di questi studi pratici devono essere dagli allievi laureandi presi in studiosa considerazione come quelle, che per la diagnosi e le cure psichiche vengono ad esigere delle conoscenze pratiche particolari. In tutti questi rami poi importa che gl' insegnanti sieno degli Specialisti, tornando quasi impossibile che uno solo sia tanto perito in ognuno di essi da poterne in ciascuna istruire i propri allievi con la necessaria estensione. Per me adunque sarei d' avviso che nel quarto e quinto anno dei corsi medico-chirurgici si assolvessero sotto gli specialisti le materie fino alle alienazioni mentali; e che quindi nel sesto anno durante gli esami rigorosi di stato professionale si obbligassero i laureandi oltrecchè ad udire un corso di Storia ragionata della Medicina, anche ad assolverne i corsi e la pratica intorno alle frenopatie. Così sarebbe avantaggiato negli studi pratici anche quel tempo, che di già i laureandi devono perdere prima di aver diritto di chiedere il diploma dottorale, necessario per esercitare liberamente la loro professione medico-chirurgica.

Nel quarto quesito è fatta ricerca « *se gli studi medico-chirurgici debbano essere uniformi in tutte le scuole superiori del Regno; o se vi possono esistere ragioni sufficienti valevoli a permetterne qualche eccezione?* »

Già nel risolvere il precedente quesito ho accennato

ai vantaggi che ridondano per gli studiosi della medicina dall' uniformità degli insegnamenti segnatamente teoretici, che vengono loro impartiti. Nel citato mio libro poi all' articolo intitolato « *Critica degli studi medico chirurgici vigenti in Italia e fuori* » (Parte I. cap. 1, pag. 11) ho procurato di dimostrare quali sieno i danni che ad essi derivano dalle svariate dottrine mediche, sopratutto allorchè passano da una scuola ad altra per apprendere le varie branche della scienza. E tali danni per certo non vennero prevenuti col nuovo regolamento in vigore fino dall' anno 1865: anzi quelli si possono dire per esso aumentati a più doppi a cagione dell' accresciuto numero delle cattedre specialistiche, e quindi delle teorie differenti, le quali non vengono ad essi impartite con un nesso scientifico uniforme in fra di loro. Nè ciò poteva farsi perchè, a confessarlo candidamente, la medicina non è ancora costituita a vera scienza; e solo nello stato attuale delle conoscenze acquistate vi può aver luogo alla speranza di poter finalmente arrivare ad una filosofica conciliazione degli opposti suoi sistemi scientifici unilaterali, organici o mistinoisti dall'un lato, e dinamici o vitalistici dall' altro lato. Quindi ogni insegnante impartisce la sua branca scientifica come se non avesse alcun nesso con quelle che precedono e susseguono, e perciò come se i propri allievi dovessero divenire, non già degli abili pratici, ma sibbene dei profondi scienziati in quella branca medesima.

Fin qui adunque una uniformità d' insegnamento dal lato scientifico io stimo che nello stato attuale della scienza sia impossibile ad ottenersi. Però anche di presente una uniformità razionale e pratica in quanto al metodo o piano dell' insegnamento, potrà sempre conseguirsi come ho fatto conoscere nella risoluzione del precedente quesito. E soggiungerò poi che come scienza la Medicina non è che una Filosofia, e più particolarmente una Fisiologia, applicata all' interpretazione dei fatti, ora della vita sana o normale, ora della vita ammalata od abnorme, ed ora della vita in atto terapeutico, tendente a ricondursi con gli opportuni mezzi dell' arte salutare al pristino stato di salute. Sotto questo riguardo, stabiliti tre diversi professori di Fisiologia, con la denominazione di professori di medicina teorica pei medico-chirurghi; e ritenuto che ciascuno debba seguire i propri allievi fino al compimento dei loro studj teoretici e di applicazione illustrativa; si avrà per certo provveduto a quell' uniformità di studj superiori, la quale può essere richiesta per

ottenere come effetto una buona istituzione medico-chirurgica professionale. Che se in appresso s' intendono conseguire degli effetti maggiori, come quelli di produrre dei distinti scienziati, e quindi degli specialisti capaci a far progredire la scienza nelle varie sue branche, allora gli allievi delle scuole professionali devono essere inviati (anche se occorre a spese della Nazione) agli Istituti medici superiori di perfezionamento; mentre presso di questi soltanto tutto dev' essere coordinato per gli studj più sublimi.

Distinti adunque gli studj medico-chirurgici in professionali e di perfezionamento, e' torna chiaro che in riguardo agli ultimi vi militano effettivamente delle ragioni sufficienti per ammetterne delle segnalate eccezioni. Le quali eccezioni poi, giusta l' esposto di sopra, non sono di natura tale da gravitarne eccessivamente sulle finanze dello Stato; mentre poche delle più celebri Università del Regno, od anche un solo Istituto di perfezionamento, potrebbe forse bastare per quel ristretto numero di distinti ingegni, i quali possono meritare di essere educati fino al grado magistrale.

Da ultimo col quinto quesito si viene a chiedere « *Con quali avvedimenti potrebbe essere utile la libertà dell' insegnamento negli studj medici in Italia?* »

La fatta distinzione degli studj in professionali, ed in quelli di perfezionamento; e segnatamente quella della pratica illustrativa delle dottrine teoretiche, e della pratica abilitativa all' esercizio libero delle professioni medico-chirurgiche, è per se tale da implicarne la soluzione di quest' ultimo quesito. Ed in vero quando si separino fra loro le due diverse maniere degli studj, che hanno fini affatto differenti, si viene tosto a scorgere quale di essi sotto date condizioni potrebbe essere lasciato libero, e quale invece implichi il bisogno di tenersi vincolato agli Istituti superiori dell' Istruzione pubblica.

Negli anni luttuosi del 1848 e 1849, essendo stata chiusa la nostra Università degli studi, anche le Lezioni di Medicina e di Chirurgia vennero fra di noi a sospendersi; e quindi sarebbe stata interotta la produzione dei necessari profezionisti in quelle branche se non si fosse provveduto col darne delle autorizzazioni ai privati per l' insegnamento delle teorie e delle pratiche in ciascuno dei rami dell' arte salutare. Fra gli altri io pure m' ebbi la patente di docente privato nelle branche teorico-pratiche della Medicina; ed al personale dell' ospedale civile di Venezia venne accordata quella di una completa scuo-

la medico-chirurgica. I soli esami annuali e rigorosi di professione erano riservati ai professori della Facoltà Medica presso la stessa Università. Laonde gli studj liberi in questo senso, e coi medesimi avvedimenti, non solo possono aver luogo, ma ancora possono tornare utili qualora l' Amministrazione dello Stato li tenga rigorosamente sorvegliati e riservati alle persone idonee a fornire le guarantigie necessarie pei buoni ed efficaci risultamenti scientifico-pratici. Siffatti studj liberi però rimarrebbero insufficienti qualora si mirasse a far progredire con nuove scoperte la scienza, ed a produrre quindi degli specialisti atti a perfezionare l' una o l' altra delle sue branche integranti: in questo caso torna evidente che più non possono essere liberi, mentre difficilmente presso i privati concorrono tutte quelle favorevoli condizioni all' uopo, le quali lo Stato colle sue finanze vale ad accumulare presso le Università degli studj scientifici.

Del rimanente anche volendo considerare gli studj clinici di abilitazione professionale come di perfezionamento relativo all' uopo, potrebbero tuttavia almeno i teoretici lasciarsi liberi ai docenti privati sotto le condizioni esposte di sopra: in questo caso gli esami nelle branche teoretiche, gli estesi studj clinici, e gli esami rigorosi di Stato pel diploma di libera pratica professionale, rimarrebbero riservati ai Professori della Facoltà Medica degli Istituti scientifici superiori; e quindi l'Amministrazione dello Stato potrebbe ancora più facilmente sorvegliare gli studj liberi affidati ai privati.

Da ultimo osserverò che con gli studj professionali liberi si può senza danno restringere il numero degli Istituti scientifici di perfezionamento; e quindi lo Stato con risparmio delle sue finanze potrebbe spendere di più intorno i medesimi, e provvedere che sempre sieno a livello di quelli più perfezionati delle diverse nazioni straniere.

Credo che in questi termini io mi abbia brevemente risolti li cinque quesiti proposti dalla Commissione Medica del quarto Congresso dell' Associazione Medica Italiana; e che i medesimi lo erano di già fino d' allora nel citato mio libro, per cui avrebbero potuto essere discussi durante quel Congresso qualora vi fosse stato un tempo sufficiente per isvolgerli in seno della stessa Commissione.

ERRATA-CORRIGE — A pag. 388 del fascicolo antecedente la formola delle Pillole di cloruro d' oro e di sodio sembra debba essere così corretta — P. di cloruro d'oro e di sodio, decigrammi 3; estratto di dulcamara grammi 3 e dividi in 50 pillole.

INDICE

DELLE MATERIE CONTENUTE IN QUESTO VOLUME XI.

DELLA SERIE V.

MEMORIE ORIGINALI

Del rivolgimento ostetrico esterno. — Golinelli *Dott.* Leopoldo. pag. 5
Sulla cura de' tumori cancerigni al palato. — Costantini *Dott. Cav.* Berardo . . . . . » 31
Sulla cura della frattura al collo del femore. — Lo stesso . » 41
Gastrotomia in un caso straordinario di ano preternaturale nella regione dell' ombellico. Memoria. — Rizzoli *Prof.* F. . » 81
Storia di un caso di lussazione metacarpo-falangea posteriore completa del dito mignolo della mano destra, non ridotta, e considerazioni relative. — Galvagni *Dott.* E. . . » 101
Trattamento di alcune anchilosi angolari del ginocchio mediante un nuovo meccanismo. — Giovanini *Dott.* Antonio . » 161
Amputazione d' ambedue le gambe per cangrena da embolismo. — Distruzione di parte della fibula sporgente nel moncone destro mediante l' acido nitrico. — Guarigione. — Caselli *Dott.* Azzio . . . . . » 207
Appendice alla Statistica del Manicomio di Bologna. — Zani *Dott.* Ignazio . . . . . » 241
Nuova modificazione del Forcipe. — Tauri *Dott* Antonio . . » 271
Cenni storici e studii intorno l' ascoltazione intra-vaginale massime nella gravidanza e praticata con un particolare Stetoscopio. — Verardini *Dott. Cav.* Ferdinando. . . . . » 277

Di un muscolo sopranumerario cubito-radio-carpeo e degli usi del muscolo pronatore quadrato. Nota. — Calori *Cav. Prof.* Luigi (con tavola). . . . . , ... pag. 321
Storia di perimetrite susseguita da gravissima peritonite diffusa, con riflessioni sui disturbi delle funzioni intestinali in quest' ultima affezione. — Corazza *Dott.* Luigi . . » 331
Cancro e cirrosi del fegato in particolare distribuzione. Storia clinica e annotazioni. — Corazza *Dott.* Luigi. . . . » 342
Due casi di neuroma cerebrale. — Taruffi *Prof.* Cesare . . . » 401
Della cura sintomatica di alcune malattie nervose col bromuro di potassio. — Raggi *Dott.* Antigono . . . . . » 416
Dei punti dolorosi nelle malattie croniche del ginocchio. — Ruggi *Dott.* Giuseppe . . . . . » 432

SUNTI DI OPERE E DI DISSERTAZIONI

Sull' infiammazione e la cangrena per Samuel di Konigsberg. » 113
Contribuzione alla storia dello sviluppo normale e patologico del setto delle orecchiette del cuore. Per G. Arnold. . . . » 358

RENDICONTI ACCADEMICI

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA

Intorno allo Scafocefalismo. — Calori *Prof.* Luigi . . . . » 48
Sulle malattie della placenta. — Ercolani *Prof.* G. B. . . . » 50
Storia di una malattia prodotta da dilatazione aneurismatica, con trombo dell' arteria pulmonale per endoarterite deformante. — Verardini *Cav. Dott.* Ferdinando . . . . » 215
Dell' agopressione nel trattamento in ispecie di alcune particolari cisti aneurismatiche. — Rizzoli *Prof.* Francesco . . » 217
Deca di storie jatro-cliniche. — Versari *Prof.* Camillo . . . » 223
Nota intorno agli usi del muscolo pronatore quadrato ed un muscolo sopranumerario cubito-radio-carpeo. — Calori *Prof.* Luigi. . . . . , ... » 310
Storia di un' esoaortite suppurativa con considerazioni e raffronti. — Brugnoli *Prof.* Giovanni . . . . . » 311

Libri in dono . . . . . pag. 127, 128, 130, 132, 366, 370, 374
Letture . . . . . » 128, 129, 130, 133, 374, 375
Annunzio necrologico . . . . . » 129
Osservazioni d' ostetricia. Discussione . . . . . » ivi
Quadro delle Cariche della Società pel 1871. . . . . » 131
Manoscritti del Prof. Tommasini *e del Dott.* Giulio Crescimbeni » 367
Sulla cura medica del croup e dei vasti ascessi urinari al perineo mediante il ferro rovente. — Costantini *Dott. Cav.* Berardo . . . . . » 368
Estrazione di uno spillo dalla regione epigastrica inghiottito 10 mesi prima. — Belluzzi *Dott.* Cesare. . . . . » 371
Dono . . . . . » 374

RIVISTA DEGLI SPEDALI DI BOLOGNA

Ospedale Maggiore — Sezione del Prof. Rizzoli

Allungamento immediato dell'arto inferiore destro per trauma all' articolazione cosso femorale. Guarigione. — Giovanini *Dott.* A. . . . . » 134

NOTIZIE COMPENDIATE INEDITE

Uso dell' acido lattico nella cura del croup. — Veratti *Dott.* G. » 54
Ischialgia e psoite. — Rizzi *Dott.* G. . . . . » 137
Soluzione di cloruro di calce nell' ottalmia contagiosa. — *Lettera del Dott.* C. Canuti . . . . . » 143
Sulla cura dell' ascite dipendente da peritonite cronica. — Costantini *Dott.* B. . . . . » 144
Modo di rendere insensibile una parte nella quale devesi praticare qualche atto operatorio. — Spessa *Dott.* Augusto. . » 224
Di un grosso calcolo vescicale avente per nucleo una forcella. — Ruggi *Dott.* Giuseppe . . . . . » 226

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

Sulla relazione esistente fra la varicella ed il vajuolo. — Fleischmann . . . . . pag. 56
Pepsina e maltina nelle dispepsie. — Ghinozzi . . . . . » 58
Cura della pneumonite catarrale dei bambini col carbonato d' ammoniaca. — Stierlin . . . . . » 61
Spianatore delle granulazioni congiuntivali. — Fadda . . . » id.
Sull' azione della digitalina. — Marchi e Schiff . . . . . » 62
Sui gemiasmi. Osservazioni. Salisbury . . . . . » 145
Della giusquiamina e della daturina studiate sotto il punto di vista della loro azione fisiologica. — Oulmont e Laurent » 147
Preparazione del catrame in emulsione zuccherata per l' uso interno. — Roussin. . . . . » 148
Se il sottonitrato di bismuto sia un reagente fedele nell' analisi della glucosuria. — Primavera . . . . . » 149
La carne bovina cruda a scopo terapeutico causa di tenia canellata e modo di ripararvi. — Castiglioni *Dott.* Pietro . » 229
Uso della benzina nella pertosse. — Bottari . . . . . » id.
Patologia del gran simpatico. — A. Eulemberg e P. Guttmann » 231
Bicloruro di mercurio e cloruro di sodio. — Stern . . . . » 233
La cussina contro il tenia. — Garrod . . . . . » id.
Il croup e suo trattamento colle inalazioni di glicerina. — Stehberger . . . . . » 234
Pronostico e cura dell' epilessia. Successi rimarchevoli ottenuti dall' impiego del bromuro di potassio ad alte dosi. — Legrand Du Saulle . . . . . » 235
La cura idroterapica, idrominerale e balneoterapica della sifilide, suoi complessi morbosi e sue conseguenze. — Ullersperger . . . . . » 236
Nuovo processo d' imbalsamazione. — Bufalini Gio. . . . . » 237
Classificazione anatomo-patologica delle malattie cutanee di Hebra, *semplificata da* J. Neumann . . . . . » 313
Sciroppo d' Uva di C. Pavesi . . . . . , ... » 316
Terapia della gotta. — Fontaine . . . . . » 318
Solubilità di alcuni prodotti chimici nella glicerina . . . . » 319
Soluzione di acido cromico . . . . . » 320
Nuova virtù medicamentosa della china e dei suoi preparati . » id.

Ricerche sui porri umani. — Eberhard Richter . . . . . pag. 375
Sulle affusioni fredde e loro applicazioni alla terapeutica. — Lambert. . . . . » 378
Indicazioni e controindicazioni per l'uso delle affusioni fredde nella febbre tifoidea. — Lambert. . . . . » 379
Osservazioni sulla cura del delirio potatorum col cloralio idrato. — Curschmann . . . . . » 380
Sui sali doppi di mercurio. — Bellini Ranieri . . . . . » 383
Sull' influenza degli aneurismi aortici sullo stato del cuore. — Skoda . . . . . » 385
Cloruro d' oro e di sodio nell' isterismo e nelle malattie dell' utero. — Martini . . . . . » 387
Mezzo di arrestare la diarrea e la dissenteria che accade specialmente ai soldati colti dall' umidità e dal freddo. — Déclat . . . . . » 388
Sull' uso del vino di aloe nelle ulceri. — Nathan . . . . . » 389
I cristalli di Teichmann *nel riconoscimento delle macchie di sangue.* — Stefani . . . . . » id.
Osservazioni sui punti dolorosi del torace nei loro rapporti colla tubercolosi polmonare. . . . . . » 470
Sulla produzione dell' emorragia, anemia, edema ed enfisema nei polmoni dietro offesa alla base del cranio . . . . . » 472

BIBLIOGRAFIA

Manuale delle malattie cutanee del Cav. Dott. P. Gamberini . » 64
Studi monografo-clinici intorno l' ernia diaframmatica del Dott. Cav. F. Verardini . . . . . » id.
Sulla istruzione delle Levatrici a carico dei Municipii — Sul segreto medico e sull' onorario che si deve ai medici chirurghi. — Sopra lo sperma umano e singolarmente sull' odore dello stesso. Memorie del Dott. Giuseppe Martino. » 239

VARIETÀ

Alcuni misteri della Chimica popolarmente spiegati e nuova nomenclatura. — Filopanti *Prof.* Quirico. . . . . » 65 150
Sopra i cinque quesiti proposti dal IV Congresso dei medici italiani in Venezia pel riordinamento degli studi medici in Italia. Festler *Dott.* Francesco Saverio . . . . . » 391, 473
Congresso medico internazionale a Vienna pel 1873 . . . . . » 400
Errata-corrige . . . . . » 479

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Condotte Medico-Chirurgiche

Provincia di Pesaro. Circondario di Urbino. Comune di Talamello. — Aperto il concorso a tutto il 25 Luglio alla condotta medico-chirurgica coll' annuo assegno di L. 2200.

Provincia di Roma. Circondario di Viterbo. Municipio di Cellere. — Concorso alla condotta medico-chirurgica coll' annuo stipendio di L. 1500, a tutto il 25 Luglio.

Circondario di Urbino. Comune di Colbordolo. — A tutto il 25 Luglio è aperto il concorso alla condotta medico-chirurgica coll' annuo stipendio di L. 2000, oltre la casa d' abitazione.

Provincia di Ascoli Piceno. Circondario di Fermo. — Condotta medica di Montegiberto per l' annuo stipendio di L. 1250. Concorso a tutto Luglio.

Provincia di Bologna. Circondario di Lojano. — Condotta medico-chirurgica di Monterenzo per l' annuo onorario di L. 2000, coll'abitazione gratuita. Concorso a tutto il 21 Agosto.

Parma. — Notifica essere aperto il concorso al posto di Direttore Medico del Manicomio, coll' annuo assegno di L. 5000, oltre all' alloggio nello Stabilimento. Concorso a tutto Agosto.

AVVISO

La Società Medico-Chirurgica di Bologna fa noto che nell'anno 1871 continuerà a pubblicare il suo Bullettino alle seguenti condizioni.

« Si pubblicherà ogni mese un Fascicolo di cinque fogli di stampa corredato di tavole, quando fia d'uopo. Sei fascicoli formeranno un Volume di fogli 30 accompagnato dall'indice delle materie.

» Il prezzo dell'annuale associazione, che si paga anticipatamente, è di ital. lire 11 per Bologna, ital. lire 12 franco per lo stato, e fino al confine, e ital. lire 13, 50 franco per l'Estero.

» Le associazioni si ricevono presso la Società stessa residente in Bologna nell'antico Archiginnasio sotto il Portico del Pavaglione.

» Gli articoli che si vogliono far inserire nel Bullettino, i denari e le lettere devono spedirsi coll'indicazione del rispettivo Nome e Cognome, e franchi di ogni spesa, alla *Società Medico-Chirurgica di Bologna,* ed ove non pervenga cenno di ricevuta col primo fascicolo susseguente, devesi subito far reclamo tanto alla Società, che all'Ufficio postale.

» Verranno donate all'Autore di ogni Memoria originale inserita in questo Bullettino copie 25 a parte.

» Chi prima della fine dell'anno non avrà avvisato in proposito, si terrà come associato anche per l'anno venturo. »

PIACENZA